Rok XLIX. Kraków, dnia 17. grudnia 1910. Nr 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału Docenta Dra med. Wł. Janowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

O barwiącej się za życia ziarnistości krwinek czerwonych (substantia granulo-reticulo-filamentosa)

jej pochodzeniu i stosunku do nakropień zasadochłonnych.

Podał

Dr Ryszard Hertz,
asystent oddziału.

(Ciąg dalszy).

4) Żółtaczka hemolityczna.

O żółtaczce hemolitycznej pisano wiele we Francyi w ciągu ostatnich trzech lat, rozważając przytem szczegółowo zachowanie się substancyi ziarnistej barwiącej się za życia. Obraz kliniczny wrodzonej żółtaczki hemolitycznej opisał Minkowski już w r. 1900; jednak dopiero Chauffard (12) w r. 1907 zbadał gruntownie istotę tego cierpienia i wyodrębnił grupę wrodzonych żółtaczek, przy których stale udawało mu się stwierdzać zmniejszoną odporność czerwonych ciałek krwi. Wnioski Chauffarda zostały wkrótce potwierdzone przez Widala, oraz jego uczniów, którzy zastosowali nowe poglądy i do żółtaczki hemolitycznej nabytej. Sprowadzają oni mianowicie wszystkie te formy hemolityczne żółtaczki do zmniejszenia odporności czerwonych ciałek krwi.

Równocześnie Chauffard i Fiessinger (13) zauważyli, że krew takich chorych zawiera zawsze przy barwieniu krwi żywej liczne krwinki z barwiącą się za życia ziarnistością, których obecność ma być stałym i pewnym objawem żółtaczki hemolitycznej w odróżnieniu od żółtaczki zastoinowej.

Doświadczenia na zwierzętach najzupełniej potwierdziły powyższe spostrzeżenia. Obraz zatrucia toluylendiaminą u psów uderzał zupełną zgodnością swych objawów z obrazem chorobowym u człowieka. Poza tem badania otwierały wielce obiecującą perspektywę dla dociekań nad etyologią tych chorób. U wszystkich zwierząt rozwijała się po wstrzyknięciu toluylendiaminy żółtaczka i niedokrwistość, zmniejszała się odporność czerwonych ciałek krwi względem hypotonicznych roztworów NaCl, i jednocześnie występowały we krwi liczne krwinki z ziarnistością barwiącą się za życia. Można było nawet zauważyć pewien związek chronologiczny pomiędzy tym ostatnim objawem, a zwiększeniem się łamliwości czerwonych ciałek krwi. Mianowicie stwierdzamy najpierw już następnego dnia po wstrzyknięciu trucizny zmniejszenie odporności czerwonych ciałek krwi, a dopiero w parę dni potem ukazywanie się w nich ziarnistości barwiących się za życia, przyczem ilość takich ciałek wciąż wzrasta. Nakropień zasadochłonnych w czerwonych krwinkach nie znajdowano w utrwalonym preparacie nigdy. Stwierdzano natomiast wybitną polichromatofilię.

Że jednak mogą zjawiać się we krwi liczne czerwone ciałka, zawierające ziarnistość, barwiącą się za życia, pomimo nie zmniejszonej łamliwości erytrocytów, wykazały doświadczenia ze wstrzykiwaniami wody przekroplonej i doświadczenia z upustami krwi. Mianowicie u królików, którym wstrzykiwano (70) do żył od 20—100 cent. sz. wody przekroplonej, odporność czerwonych ciałek krwi pozostawała niezmienioną, ilość ich spadała z 5—3 milionów w 1 mm. sz., a jednocześnie ukazywały się we krwi liczne ciałka z ziarnistością barwiącą się za życia (20%). Niema więc bezpośredniego związku pomiędzy zmniejszeniem odporności czerwonych ciałek krwi, a ukazywaniem się w nich ziarnistości barwiącej się za życia [Abrami i Fiessinger (14, 20, 70)].

Tu chciałbym powiedzieć parę słów o moich własnych doświadczeniach. Wstrzyknąłem psu do otrzewnej 0,6 toluylendiaminy w 4—5 ctm. sz. gorącej wody; już następnego dnia zauważyłem lekką żółtaczkę twardówek i znaczną ilość barwika żółciowego w surowicy krwi. Liczba czerwonych ciałek spadła z $7\frac{1}{2}$ do $3\frac{1}{2}$ milionów w 1 mm. sz., ich odporność z 46 do 54 [1]), a równocześnie

[1]) Postępowałem według metody Vaquez-Widala. Metoda ta jest następująca: Przygotowujemy rozczyn z soli kuchennej skrystalizowanej w stosunku 6: 1000 możliwie dokładnie. Do szeregu (15) probówek wlewamy rozczyn w ten sposób, że do 1-szej probówki nalewamy 60 kropli, a do każdej następnej o 2 krople mniej, niż do poprzedniej. Różnicę do 60 kropli dopełniamy wodą przekroploną. W ten sposób otrzymujemy w 1-szej probówce 60 kropli rozczynu 6‰, w 2-giej — 60 kropli rozczynu 5,8‰, w 3-ciej — 60 kropli rozczynu 5,6‰....., w 10-tej 60 kropli rozczynu 4,2‰......, a w 15-tej 60 kropli rozczynu 3,2‰. Następnie do każdej probówki dodajemy 1 kroplę krwi całkowitej lub 2 krople krwi odwłóknionej i przemytej trzykrotnie fizyologicznym rozczynem soli (8,5‰). Zawartość skłócamy, pozostawiamy ją na $\frac{1}{2}$ w cieplarce, a następnie albo wirujemy, albo pozostawiamy do dnia następnego przy ciepłocie pokojowej. Pierwsza probówka, w której ponad opadem z czerwonych ciałek występuje różowe zabarwienie, jest miarą odporności czerwonych ciałek danej krwi.

ukazały się we krwi w miernej ilości czerwone ciałka krwi z ziarnistością barwiącą się za życia. Zjawiska regeneracyjne dały się spostrzegać dopiero po trzech dniach: liczba czerwonych ciałek krwi powiększyła się o milion, ich odporność podniosła się do 42, liczba leukocytów podwoiła się (40.000). W preparacie utrwalonym znajdowałem wybitną polichromatofilię i liczne normoblasty, we krwi barwionej żywej — liczne czerwone ciałka krwi z ziarnistością (8 i $^1/_2$%). Po powtórnem wstrzyknięciu 0,6 toluylendianiny zwierzę zapadło w stan śpiączki, leżało bez ruchu, nie przyjmując pokarmów; stwierdziłem hemoglobinemię i hemoglobinuryę; odporność czerwonych ciałek spadła znowu do 54, a przy badaniu mikroskopowem krwi znalazłem olbrzymią ilość normoblastów i czerwone ciałka krwi z barwiącą się za życia ziarnistością w niezwykłej ilości (34%). W preparacie utrwalonym dawała się spostrzegać wybitna polichromatofilia; czerwone ciałka z nakropieniami zasadochłonnemi spostrzegano pojedynczo. Po krótkiej trzydniowej przerwie, podczas której stan zwierzęcia znów się poprawił, zrobiono jeszcze dwa wstrzyknięcia, a w 24 godziny po ostatniem zwierzę padło.

W mazanych preparatach ze szpiku kostnego znalazłem liczne czerwone ciałka z ziarnistością, barwiącą się za życia. Również liczne czerwone ciałka z ziarnistością spostrzegałem w barwionej po utrwaleniu krwi z serca, — czyli, mówiąc inaczej, udało mi się zabarwić w czerwonych ciałkach utrwalonej krwi ziarnistość, barwiącą się zazwyczaj tylko we krwi żywej. Czerwonych ciałek z nakropieniami zasadochłonnemi nie znajdowałem wcale, ani we krwi z serca, ani w szpiku kostnym. Do tego, bardzo dla mnie ciekawego wyniku powrócę jeszcze później, tu zaś nadmienię tylko, że sekcyę wykonano dopiero w 24 godziny po śmierci.

W również znacznej ilości, a może jeszcze w większej, znajdowałem barwiącą się za życia ziarnistość czerwonych ciałek krwi u drugiego psa, u którego również wywoływałem zatrucie toluylendiaminą.

Po wstrzyknięciu pyrogallolu u królików stwierdzałem również liczne czerwone ciałka krwi z ziarnistością barwiącą się za życia; w utrwalonym preparacie widziałem wybitną polichromatofilię, erytrocytów zaś z nakropieniami zasadochłonnemi nie spostrzegałem.

Nie mogę tu wdawać się w szczegółowe rozważanie wszystkich zagadnień, związanych z żółtaczką hemolityczną, chciałbym tylko zaznaczyć swój pogląd na stosunek pomiędzy tym stanem chorobowym, a substancyą ziarnistą, barwiącą się za życia. Zaznaczyć muszę, że nie brakło usiłowań, aby wyświetlić sprawę żółtaczki u noworodków zapomocą poszukiwania ziarnistości, barwiącej się za życia w ich czerwonych ciałkach krwi. Na zasadzie własnych badań mogę potwierdzić spostrzeżenia Sabrazèsa (57), że we krwi noworodków, dotkniętych żółtaczką, można często znaleść zwiększoną liczbę takich ciałek. Nie sądzę jednak, aby zachodził tu związek bezpośredni, innemi słowy, aby substancya ziarnista, barwiąca się za życia, stanowiła swoisty objaw żółtaczki hemolitycznej, w odróżnieniu od zastoinowej.

Na podstawie własnych badań, oraz krytycznego rozpatrzenia wyników innych autorów, dochodzę do wniosku, że substancya ziarnista, barwiąca się za życia, może występować we wszelkich stanach chorobowych, połączonych z wyraźną niedokrwistością, której to niedokrwistości towarzyszą objawy odradzania się krwi, — szczególniej więc obficie wtedy, gdy równocześnie dają się spostrzegać we krwi inne jeszcze objawy tego odradzania się.

Jeżeli substancya ziarnista, barwiąca się za życia, ma rzeczywiście być zjawiskiem częstem w żółtaczce hemolitycznej (dotąd opisywano tylko pojedyńcze przypadki, a ja sam w jednym przypadku [1]) miałem sposobność sprawdzić słuszność twierdzeń autorów francuskich), to tłómaczyć to sobie muszę w ten sposób, że istnieje tu równocześnie niedokrwistość, albo też — o ile ta niedokrwistość wydaje się zrównoważoną przez szybkie i nadmierne nowotworzenie się krwinek (Chauffard), to znajdujemy jednakże we krwi stale cechy, świadczące o odradzaniu się jej składników. Nawet wtedy, gdy chorzy odzyskują zdrowie, jak zaznaczył to z naciskiem Widal, i gdy liczba czerwonych ciałek krwi powraca do normy, można jeszcze spotkać w niej myelocyty, normoblasty, anizocytozę i polichromatofilię.

Niema więc bezpośredniego genetycznego związku pomiędzy obecnością substancyi ziarnistej, barwiącej się za życia, a żółtaczką hemolityczną.

Twierdzenie to opieram na następujących faktach:

a) Przy żółtaczce hemolitycznej wrodzonej niedokrwistość nie jest wybitna (liczba czerwonych ciałek krwi waha się między 3 a 4 milionami w jednym mm. sz.) i nie ulega tak znacznym wahaniom, jak przy nabytej postaci tego cierpienia. To też liczba czerwonych krwinek z ziarnistością barwiącą się za życia, jest przy nabytej żółtaczce hemolitycznej większa, niż przy wrodzonej.

b) Barwiącą się za życia ziarnistość czerwonych ciałek krwi spotyka się również przy hemoglubinuryi, zarówno przy tej jej postaci, którą opisał Ehrlich, a opracowali szczegółowo Donath i Landsteiner, jak i przy innej odmianie tego cierpienia, opisanej niedawno przez Chauffarda (15) w przypadku, w którym hemoglobinurya zależała nie od działania zimna, lecz od krążących we krwi autohemolizyn i zmniejszonej odporności czerwonych ciałek krwi.

c) Sacquépée (60), Le Gendre i Brulé (35) opisali przypadki żółtaczki hemolitycznej, w których liczba czerwonych ciałek krwi z ziarnistością była zwiększona tylko nieznacznie (3 do 5%).

d) Na korzyść mego poglądu przemawia wreszcie stała obecność czerwonych ciałek krwi z ziarnistością barwiącą się za życia w przypadkach doświadczalnej niedokrwistości urazowej.

Wszystko więc zdaje się wskazywać, że substancya ziarnista, barwiąca się za życia, nie jest swoistym objawem żółtaczki hemolitycznej. Jeżeli zaś występuje w jej przebiegu w ilości dużej, zależy to tylko od niedokrwistości i równoczesnego odradzania się krwi. Dlaczego to ostatnie zjawisko występuje nie we wszystkich przypadkach, i dlaczego substancya ziarnista, barwiąca się za życia, nie zawsze daje się spostrzegać, — są to zagadnienia, których rozwiązanie jest na razie niemożliwe.

IV. O istocie i o znaczeniu obydwóch rodzajów ziarnistości.

A) Istnieją dwie teorye, mające na celu wyświetlenie istoty i znaczenia klinicznego nakropienia zasado-

[1]) W klinice Prof. Gilberta; chory, o którym mówię, był już przedtem dokładnie opisywany przez Lerebouletta i później przez Chauffarda.

chłonnego w czerwonych ciałkach krwi. Każda z tych teoryi ma swoich rzeczników. Jedni uważają to nakropienie za wytwór rozpadu jądra, jako jeden z ostatnich etapów, poprzedzających jego zniknięcie, — inni zaś uważają je za wytwór protoplazmy, za objaw obumierania czerwonych ciałek krwi.

Zwolennicy pierwszej teoryi widzą w występowaniu nakropienia zasadochłonnego zjawisko odrodcze, czyli uważają nakropione czerwone ciałka krwi za postacie młode.

Przez zwolenników drugiej teoryi było zjawisko zasadochłonnego nakropienia aż do niedawna tłómaczone wyłącznie, jako objaw zwyrodnienia.

W przeciwstawieniu do powyższych twierdzeń, zaznaczył Pappenheim (47), że pochodzenie protoplazmatyczne nie wyłącza jeszcze odrodczego charakteru danego zjawiska i że w protoplazmie również mogą zachodzić zjawiska odrodcze: »Nicht wegen ihrer angeblichen Karyogenität ist eine basophile Erscheinung vom regenerativen Wert und umgekehrt, nicht wegen ihres zugegebenen regenerativen Wertes ist eine basophile Erscheinung nunmehr ohne weiteres noch karyogen; es giebt auch degenerative karyogene Erscheinungen. Es schliesst sich also plasmatische Natur und Jugendlichkeit nicht aus«.

Pogląd ten podziela również Askanazy (3), który przyjmuje obecnie, że nakropienie zasadochłonne jest przyrody protoplazmatycznej, a jednak musi być uznane za wyraz odrodczej działalności szpiku kostnego. Mianowicie upatruje on bezpośredni związek genetyczny pomiędzy nakropieniem zasadochłonnem a polichromatofilią, która, będąc bezspornie wyrazem młodości ciałek, jest natury bazoplazmatycznej, jak tego po raz pierwszy dowiódł niezbicie Pappenheim. Askanazy uważa polichromatofilię i nakropienie zasadochłonne za zjawiska równowartościowe i identyczne i uważa drugie tylko za odmianę pierwszego.

Na wprost odmiennem stanowisku stoi Schmidt (61); wyprowadza on mianowicie polichromatofilię z nakropienia zasadochłonnego, które powstaje, jego zdaniem, z rozpadu jądra.

Przeciw wyprowadzaniu nakropienia zasadochłonnego z jądra przytaczano różne argumenty: morfologiczną całość jądra w nakropionych czerwonych ciałkach krwi, odmienne zachowanie się tego nakropienia i jądra przy barwieniu zielenią metylową z pyroniną, oraz przy barwieniu sposobem Giemsy.

Zwolennicy tej teoryi, która wyprowadza nakropienie zasadochłonne z substancyi jądrowej, usiłowali te zarzuty zbijać. Na zarzut, że nakropienie zdarza się często w erytroblastach z zupełnie nieuszkodzonem jądrem, odpowiadali, że mogły to być erytroblasty o dwóch jądrach, z których jedno uległo rozpadowi, — albo że nakropienie utworzyło się podczas podziału jądra (Schmidt).

Nie uzyskały uznania również przypuszczenia, mające tłómaczyć odporność nakropienia zasadochłonnego względem zieleni metylowej przez mniejszą zawartość chromatyny w resztach jądra, albo przez jej przemianę chemiczną w kierunku acydofilii.

Pappenheim (45) zaś przyjmuje raczej na zasadzie odpornego zachowania się nakropienia względem zieleni metylowej przy barwieniu zielenią metylową z pyroniną, że obok chromatyny (zasadochłonnej) i plastyny (kwasochłonnej) istnieje w komórkach jeszcze zasadochłonna parachromatyna i zasadochłonna plastyna, — substancye o charakterze plastynowym, które uważa za identyczne. Do rozróżnienia chromatyny z jednej strony, a parachromatyny i zasadochłonnej plastyny z drugiej strony służy właśnie barwienie zielenią metylową z pyroniną (chromatyna barwi się przytem na zielono, parachromatyna i bazyplastyna na czerwono), jak również barwienie według Giemsy-Romanowskiego, oparte również na kombinacyi dwóch zasadowych barwików (chromatyna przybiera barwę fioletową od azuru, parachromatyna i bazyplastyna — błękitną od błękitu metylenowego).

Na podstawie więc odczynów barwnych stwierdza Pappenheim, że nakropienie zasadochłonne erytroblastów jest substancyą zasadochłonną o charakterze plastynowym, nie rozstrzyga jednak, czy to jest parachromatyna, czy też bazyplastyna, choć skłania się ku temu drugiemu przypuszczeniu.

Przeciw jądrowemu pochodzeniu nakropienia zasadochłonnego, a jednak na korzyść jego natury odrodczej przemawia następujący fakt: Jeżeli uda się spostrzegać nakropienie w erytroblastach podczas ich mitozy, gdy jądro rozpadło się na chromosomy, leżące wolno w cytoplazmie, to tylko chromosomy barwią się wtedy zielenią metylową, nakropienie zaś barwi się pyroniną. Sam fakt przejścia chromatyny do cytoplazmy nie wywołuje więc w niej chemicznej przemiany.

Przeciw łączności nakropienia zasadochłonnego z protoplazmą wogóle i polichromatofilią w szczególności można przytoczyć fakt, że u niższych kręgowców, posiadających czerwone ciałka krwi stale jądrzaste, polichromatofilia zdarza się nawet bardzo często, nakropienia zaś zasadochłonnego nie spostrzegano w nich dotąd nigdy, nawet przy doświadczalnie wywołanem zatruciu ołowiem.

Najważniejszym argumentem, przemawiającym bądź co bądź na korzyść natury odrodczej nakropienia zasadochłonnego, jest jego obecność u zarodków [Nägeli, Sabrazès (58)].

Przeciw odrodczemu charakterowi nakropienia zasadochłonnego przemawia dający bardzo wiele do myślenia fakt, że nakropienie zasadochłonne zdarza się częściej w niedokrwistościach toksycznych, niż w urazowych, a powtóre brak tego nakropienia w szpiku kostnym. Możnaby tu ostatecznie myśleć o odradzaniu się krwi, chorobowo zmienionem [Papppenheim (47—49)]. (Dok. nast.).

Ze szpitalnej kliniki terapeutycznej Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

O podskórnych gruczołach limfatycznych klatki piersiowej w gruźlicy płuc.

Podał

Doc. Dr E. Żebrowski.

(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu kijowskiego Towarzystwa przyrodniczo-lekarskiego 11. III. 1910).

(Dokończenie).

Całe pytanie sprowadza się do tego, czy istnieją naczynia, przez któreby szła limfa z opłucnej ściennej do ze-

wnętrznej sieci naczyń limfatycznych klatki piersiowej? Mascagni [7]) opisuje naczynie, wytworzone przez zbliżenie się 2 naczyń, wychodzących z gruczolików, znajdujących się między mięśniem piersiowym (»m. pectoralis«) a m. skośnym górnym zewnętrznym (»m. obliquus superior externus«), które to naczynie przebija ścianę klatki piersiowej w V międzyżebrzu i łączy się z naczyniami limfatycznemi, które towarzyszą tętnicy sutkowej wewnętrznej (art. mammaria interna) t. j. z podopłucnemi (str. 14). Poirier mówi, że naczynia limfatyczne mięśni, leżących na zewnętrznej powierzchni klatki piersiowej, które wpadają po większej części do gruczołów pachowych, łączą się z naczyniami zewnętrznych mięśni międzyżebrowych, a do tych znów naczyń wpadają naczynia ściennej opłucnej. Widzimy więc, że sprawy chorobowe w opłucnej mogą się odbić na gruczołach pachowych (str. 1251). Szczególnie ważne ze względu na poruszoną tu sprawę jest doniesienie Mosta [9]), któremu udało się raz przez ukłucie w podopłucną przestrzeń w okolicy IV lub V żebra w tylnej linii pachowej, nastrzykać naczynie podopłucne, które, przebiwszy mięśnie międzyżebrowe, kierowało się na wewnątrz i ku górze do gruczołów pachowych (str. 19).

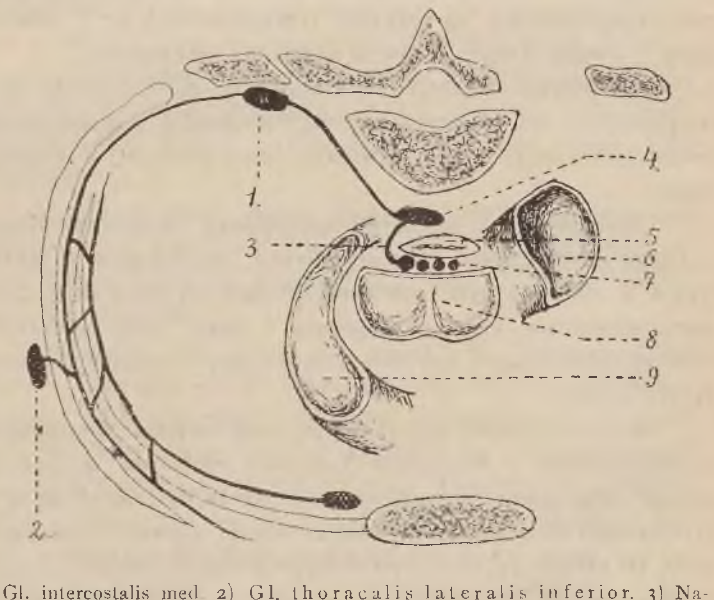
Wszystkie te dane bezwątpienia wskazują na to, że [1]) naczynia zewnętrznych części klatki piersiowej i ściennej opłucnej łączą się ze sobą, [2]) że najwidoczniej istnieją specyalnie wytworzone drogi od opłucnej do zewnętrznej sieci limfatycznej, z których droga Mosta prowadzi do szczególnie nas obchodzącego IV międzyżebrza. Stwierdziwszy istnienie tego połączenia, możemy przejść teraz do rozstrzygnięcia zasadniczego pytania, w jakich mianowicie warunkach i jakiemi drogami limfatycznemi możliwe jest wtargnięcia czynnika chorobotwórczego z płuc do dolnobocznych gruczołów piersiowych?

Istnieją dwie możliwości: 1) Zrosty opłucnej płuc z opłucną ścienną. W zrostach tych mogą się wytworzyć nowe drogi limfatyczne, zarówno włosowate, jak i większe naczynia, a nawet cała sieć naczyń limfatycznych. Poirier i Moran [12]) zapomocą nastrzykiwania wykazali w podobny sposób powstałe naczynia w zrostach pomiędzy macicą i odbytnicą. Talke [14]) zaś znalazł je w zrostach opłucnych. Wobec tych faktów przeniesienie czynnika chorobotwórczego z płuca na zewnątrz jest więc zupełnie możliwe. Przez wytworzone w zrostach naczynia powstaje nowa najbliższa droga między podopłucną siecią naczyń limfatycznych w opłucnej, płuc, a podopłucnemi naczyniami ściennemi, skąd wnika czynnik chorobotwórczy wskazanemi wyżej drogami przez międzyżebra do zewnętrznego układu limfatycznego i tu w najbliższych gruczołach zostaje zatrzymany.

2) Przeniesienie czynnika chorobotwórczego możliwe jest także, chociaż niema zrostów. Istnienie tej drugiej drogi przypuszczam na zasadzie oglądanych przezemnie preparatów płuc z nastrzykanemi naczyniami limfatycznemi, które mi był łaskaw pokazać Prof. Franciszek Stefanis, prof. anatomii opisowej w uniwersytecie w Kijowie. Preparaty te zrobił Prof. Stefanis w celu zbadania układu limfatycznego klatki piersiowej; wyniki tych badań nie są jeszcze ogłoszone. Droga ta przedstawia się następująco: Wiadomo, że znaczna większość płucnych naczyń limfatycznych idzie do gruczołów, ułożonych w ogromnej ilości naokoło oskrzeli i tchawicy, część zaś naczyń limfatycznych opłucnej ściennej, a mianowicie międzyżebrowe wewnętrzne zdążają ku gruczolikom, znajdującym się na główkach żeber (»gl. intercostales mediales«). Pomiędzy tymi dwoma końcowymi punktami dwóch układów limfatycznych: układu opłucnej ściennej z jednej strony, a płuc z drugiej strony, istnieje łączność. A mianowicie można się przekonać na preparatach Prof. Stefanisa, że z gruczołów okołotchawicznych i oskrzelowych idą naczynia do gruczołów okołoprzełykowych, znajdujących się po bokach i z tyłu przełyku przed kręgosłupem (»gl. mediastinales posteriores«); te zaś znowu gruczoły komunikują zapomocą licznych połączeń z gruczołami leżącymi obok na główkach żeber (»gl. intercostales mediales«), co zresztą jest już uwidocznione na XIX rys. u Mascagniego [7]). Na licznych preparatach Prof. Stefanisa dokładnie można widzieć te naczynia, łączące gruczoły okołooskrzelowe z okołoprzełykowymi. Drogi te widoczne są też na poziomie IV międzyżebrza i one w danym przypadku najwięcej nas obchodzą, a mianowicie na wysokości łuku żyły nieparzystej (v. azygos). Na niektórych preparatach można nawet zobaczyć bezpośrednie połączenia naczyń limfatycznych płuc z gruczołami okołoprzełykowymi z pominięciem gruczołów okołooskrzelowych i tchawicznych. Widać mianowicie, jak pewna ilość naczyń limfatycznych zawartych w więzadle płucnem (lig. pulmonale), a więc idących z płuc, zdąża do gruczołów okołoprzełykowych. Poniżej podany rysunek przedstawia schemat opisanego związku anatomicznego między układem limfatycznym płuc i opłucnej ściennej.

(Przecięcie poziome na wysokości V kręgu piersiowego).

Schemat II.



1) Gl. intercostalis med. 2) Gl. thoracalis lateralis inferior. 3) Naczynie limfatyczne łączące (według preparatów Prof. Stefanisa). 4) Gl. lymph. oesophageae. 5) Oesophagus. 6) Aorta. 7) Gl. bronchiales. 8) Bifurcatio tracheae. 9) Arcus venae azygos.

W sprawach chorobowych możliwe więc jest, wobec istnienia podobnych połączeń, przeniesienie czynnika chorobotwórczego na drodze wstecznej. Jeżeli gruczoł przełykowy lub też leżący na główce żebra ulegnie wybitnej zmianie wskutek wniknięcia czynnika chorobotwórczego, to jego czynność sącząca może o tyle podupaść, że powstaną przeszkody dla dopływającego prądu limfy; wtedy

w naczyniach, doprowadzających limfę, wytworzy się zastój, przez co bakterye dostaną się z zajętego gruczołu do naczynia doprowadzającego limfę (v. afferens), t. j. przeciwko zwykłemu w tem miejscu prądowi czyli wstecznie. Bakterye, które dostały się do naczynia, wywołują w niem również zmiany, mogące doprowadzić do zniszczenia zastawek, przez co powstają dogodne dla bakteryi warunki posunięcia się jeszcze dalej wstecz. Przechodząc teraz do obchodzącej nas sprawy widzimy, że bakterye, posuwając się powoli przez naczynia limfatyczne, łączące przedopłucny układ ścienny z wewnętrznemi naczyńkami limfatycznemi, mogą się wreszcie znaleść w gruczołach, leżących na bocznej powierzchni klatki piersiowej. Dokładne zbadanie dróg komunikacyjnych między narządami klatki piersiowej i jej ścianami przedewszystkiem doprowadza nas do wniosku, że zupełnie jest możliwe przejście czynnika chorobotwórczego z narządów klatki piersiowej, przez całą jej grubość, a następnie wyjaśnia nam niektóre przez nas spostrzeżone fakta.

1) Możemy dokładnie zrozumieć, dlaczego w gruźlicy rzadko spotykamy powiększenie bocznych gruczołów piersiowych. Potrzebne tu są szczególne warunki, spotykane nie we wszystkich przypadkach gruźlicy płuc, a mianowicie: albo zrosty pomiędzy opłucną płuc i opłucną ścienną, lub też zmiany chorobowe w gruczołach okołoprzełykowych lub ułożonych na główkach żeber.

2) Częstsze w gruźlicy płuc powiększenie gruczołów w IV i V międzyżebrzu niż głębokich pachowych może zależeć od tego, że przy istniejących zrostach opłucnych gruczoły IV i V międzyżebrza są pierwszą najbliższą zewnętrzną grupą gruczołów na drodze, odprowadzającej limfę przez ścianę piersiową, pachowe zaś drugą, więcej oddaloną.

3) Powiększenie gruczołów przy czyrakach grzbietu i okolicy pach można wytłómaczyć połączeniem pomiędzy układami limfatycznymi poszczególnych części skórnych klatki piersiowej.

4) Związek pomiędzy gruczołami okołoprzełykowymi i naczyniami opłucnej ściennej wyjaśnia nam powiększenie bocznych gruczołów piersiowych IV i V międzyżebrza w przypadkach raka przełyku.

Pozostaje nam teraz rozstrzygnąć, czy opisane tu zjawisko ma jakiekolwiek znaczenie praktyczne, czy można je wyzyskać, dajmy na to, dla rozpoznawania gruźlicy płuc? Powiększenie bocznych gruczołów piersiowych w gruźlicy niezbyt często się zdarza, mniej więcej w 20% przypadków, zdawałoby się więc, że zjawisko to niema wartości dla rozpoznawania. Jednak przeciwko takiemu zapatrywaniu możnaby odpowiedzieć, że przecież nie w każdym przypadku spotyka się wszystkie objawy kliniczne, a w pewnej znacznej liczbie nawet wszystkie objawy kliniczne mają znaczenie tylko w związku z innymi, jako tak zwane zbiory objawów (syndrôme, Symptomenkomplex), rozstrzygające o rozpoznaniu. Pominąwszy nawet takie rozumowanie, widzimy przy dokładnem poznaniu opisanego tu zjawiska, że ma ono takie cechy, które nadają mu do pewnego stopnia znaczenie rozpoznawcze. Powiększenie dolnobocznych gruczołów dzięki ich powierzchownemu położeniu oraz dokładnie określonej i stałej siedzibie na powierzchni klatki piersiowej, udaje się łatwo rozpoznać. W obecnym czasie sztuka rozpoznawania wzbogaca się sposobami pracownianymi, wymagającymi specyalnych urządzeń i poświęcenia dużo czasu, a przez to mogą być te sposoby dostępne tylko dla lekarzy w wielkich środowiskach naukowych. Zdaje mi się więc, że każdy łatwy, dający się szybko wykonać sposób badania powinien zwrócić na siebie uwagę, jeżeli tylko ułatwia rozpoznawanie, choćby w ograniczonej liczbie przypadków. Trzeba tylko dokładnie określić granice wartości rozpoznawczej tego sposobu. W naszym przypadku połączenia limfatyczne obchodzącej nas okolicy z innemi okolicami wskazują, że powiększenia dolnobocznych gruczołów piersiowych IV i V międzyżebrza następują:

1) Przy chorobach skóry na bocznej, tylnej i przedniej powierzchni klatki piersiowej, 2) kończyny górnej, 3) gruczołu sutkowego, 4) ściany klatki piersiowej (np. próchnienie żebra i t. p.), 5) przy różnego rodzaju sprawach chorobowych (gruźlica, kiła, nowotwory i t. p.) w narządach klatki piersiowej, osobliwie w opłucnej, płucach, gruczołach oskrzelowych, oraz w narządach, leżących w tylnem śródpiersiu, z których najważniejsze są przełyk i sąsiadujące z nim gruczoły limfatyczne. Według moich danych statystycznych wyliczone tu sprawy chorobowe są znacznie rzadszą przyczyną powiększenia bocznych gruczołów piersiowych, niż gruźlica płuc. Na 228 przypadków powiększenia dolnobocznych gruczołów tylko w 42 nie można było wykazać zmian gruźliczych w płucach, a więc można było przypuszczać, że nie gruźlica jest tutaj przyczyną powiększenia gruczołów, co stanowi 18·4%.

Drugą cechą, która nadaje pewną wartość rozpoznawczą opisywanemu objawowi, jest występowanie zmiany po stronie, zajętej sprawą chorobową. Znajdujemy powiększenie gruczołów zwykle po tej stronie klatki piersiowej, która odpowiada zajętemu płucu.

Wśród mojego materyału, gdzie zajęcie jednego tylko szczytu zdarzyło się 128 razy, uchylenie od tej reguły przedstawiało się w następujący sposób:

Szczyt zajęty	Ogólna liczba przypadków	Liczba przypadków, w których powiększenie dolnobocznych gruczołów piersiowych było po stronie przeciwnej, niż zajęcie szczytu.
Prawy . .	101	2
Lewy . .	27	4
Razem . .	128	6 = 4,7%

Widzimy więc, że zajęcie szczytu po jednej stronie, a powiększenie dolnobocznych gruczołów piersiowych po drugiej stronie — jest rzadkie. To ostatnie zjawisko teoretycznie da się jednak pomyśleć i łatwo je wyjaśnić, a mianowicie przez to, że pomiędzy prawymi a lewymi gruczołami okołoprzełykowymi istnieją liczne połączenia. Ponieważ powiększenie gruczołów na klatce piersiowej w ogromnej liczbie przypadków następowało po stronie odpowiadającej choremu płucu, przeto cecha ta niewątpliwie nadaje pewną praktyczną wartość opisywanemu przez nas zjawisku. Posługując się niezwykle łatwym sposobem badania, może lekarz odrazu zwrócić uwagę na chore płuco, co ma ogromne znaczenie w utajonych postaciach gruźlicy. Stwierdzenie powiększenia dolnobocznego gruczołu piersio-

wego zmusi lekarza do kilkakrotnego dokładnego zbadania, a wtedy łatwiej mu będzie uchwycić jakieś cechy kliniczne sprawy gruźliczej. Wskazując na znaczenie rozpoznawcze, jakie może posiadać w pewnych przypadkach ten objaw, niechcę bynajmniej twierdzić, jakoby obmacywanie dolnobocznych gruczołów piersiowych było swoistym sposobem rozpoznawania gruźlicy płuc. Chcę tylko zaznajomić kolegów z objawem, spotykanym w pewnej ilości przypadków gruźlicy płuc, oraz wyjaśnić przyczyny i warunki jego powstawania. Znajomość zaś tego objawu będzie pomocna nie tyle dla rozpoznania, ile dla zrozumienia poszczególnych przypadków, w których właśnie spotkamy się z powiększeniem opisanych gruczołów. Dokładne zrozumienie przypadku jest przecież koniecznym warunkiem powodzenia przedsięwziętego przez nas leczenia.

Skuteczne leczenie nie da się nawet pomyśleć bez dokładnego poznania i zrozumienia z naszej strony najdrobniejszych nawet objawów, spotykanych u chorego. Te właśnie względy były dla mnie pobudką do ogłoszenia wyników moich spostrzeżeń. Żaden autor, o ile mi się zdaje, nie opisywał jeszcze dotąd powiększenia dolnobocznych gruczołów piersiowych w IV i V międzyżebrzu w gruźlicy płuc u dorosłych. Na opisywaną przez nas grupę gruczołów zwrócił uwagę przedstawiciel innej gałęzi medycyny, a mianowicie pedyatra Hochsinger[6], który ogłosił swoje spostrzeżenia w r. 1907, t. j. wtedy, kiedy ja już prowadziłem swoje badania w tej sprawie (patrz De la Camp[4] str. 563). Hochsinger w powiększeniu gruczołów piersiowych widzi także pewny objaw gruźlicy gruczołów oskrzelowych i płuc u dzieci.

Na zakończenie przytaczam najważniejsze wnioski, wynikające z moich bodań:

1) Mniej więcej w 20% przypadków gruźlicy płuc u dorosłych spotyka się powiększenie dolnobocznych piersiowych gruczołów limfatycznych (gl. thoracales laterales inferiores); gruczoły te leżą w IV i V międzyżebrzu wzdłuż środkowej linii pachowej.

2) Powiększenie gruczołów piersiowych w gruźlicy płuc jest skutkiem zmian swoistych, wywołanych w nich przez prątek gruźliczy, który wniknął tutaj od wnętrza klatki piersiowej.

3) U osób, które nie okazują objawów zajęcia płuc, powiększenie dolnobocznych gruczołów piersiowych spotyka się w 2,58%, i może być wywołane przez sprawy chorobowe następujących narządów: a) skóry na klatce piersiowej, b) kończyn górnych, c) gruczołu sutkowego, d) ścian klatki piersiowej, c) narządów leżących wewnątrz klatki piersiowej, jakoto: gruczołów oskrzelowych, oraz narządów leżących w tylnem śródpiersiu: przełyku i gruczołów limfatycznych okołoprzełykowych.

4) Powiększenie dolnobocznych gruczołów piersiowych zdarza się przeważnie po stronie odpowiadającej schorzałemu płucu.

5) Powiększenie dolnobocznych gruczołów piersiowych może w pewnych przypadkach gruźlicy płuc, zwłaszcza jej postaci utajonej z niejasnymi objawami w szczytach, dopomódz do pewnego stopnia do rozpoznania: w pewnych przypadkach potwierdzając przypuszczenia co do przyrody sprawy, w innych zaś kierując uwagę badacza na odpowiedni szczyt płuca.

Piśmiennictwo: 1. Bartels. Das Lymphgefässsystem. Jena 1909. — 2. Cornet. Die Tuberculose. Wien 1907. — 3. Corning. Lehrb. der topogr. Anatomie. Wiesbaden 1909. — 4. De la Camp. Die klinische Diagnose der Bronchialdrüsen-Tuberculose. Ergebn. der inn. Med. und Kinderheilk. Berlin 1908. T. I. str. 563. — 5. Fernet. De l'adenopathie axillaire au début de la tuberculose du poumon. Bull. de l'Acad. de méd. 1903 str. 360. — 6. Hochsinger. Über tastbare Cubital- und seitliche Thoraxlymphdrüsen im Säuglingsalter. Verhandl. 24 Vers. Ges. f. Kinderheilk. Dresden 1907 T. 24 str. 138 refer. Deutsche med. Wochenschrift. 1907. str. 1670. — 7. Mascagni. Vasorum lymphaticorum corporis humani Historia et Ichnographia. Senis, MDCCLXXXVIII. — 8. Moreau. Remarques sur les vaisseaux lymphatiques des organes génitaux de la femme et leurs anastomoses avec ceux de rectum. Compt. rend. de la Soc. Biol. 1894. Ser. X. T. I. str. 812. — 9. Most. Die Topographie des Lymphgefässapparates des menschlichen Körpers und ihre Beziehungen zu den Infektionswegen der Tuberculose. Bibliotheca Medica. C. Heft 21 Stutgart 1908. — 10. Oelsner. Anatomische Untersuchungen ueber die Lymphwege der Brust. Arch. f. klin. Chir. Bd. 64. 1901 str. 134. — 11. Poirier et Charpy. Traité d'anatomie humaine. T. II. Fasc. 4. Les Lymphatiques. Paris 1902.— 12. Poirier. Du rôle des lymphatiques dans les inflammations de l'uterus, des annexes et du peritoine pelvien. Progres med. 1890. Ser. 2. T. 11. str. 41. — 13. Sukiennikow. Topographische Anatomie der bronhialen und trachealen Lymphdrüsen. Berl. klin. Wochen. 1903 str. 316. — 14. Talke. Zur Kentniss der Lymphgefässneubildung in pleuritischen Schwarten. Ziegler's Beiträge 2 path. Anat. 1902.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Baruch. **O wpływie sproszkowanego azotanu srebra na wzrost ziarniny i nabłonka.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 35). Dotąd nie mamy właściwie żadnego energicznego środka w postaci proszku na rany, któryby działał wybitnie pobudzająco na ziarninę. Jodoform posiada tę własność jedynie w bardzo małym stopniu. B. podaje kombinacyę azotanu srebra z glinką (bolus alba). »Rp. Argent. nitr. 1,0, Bolus albae steril. ad 100,0, M. subtile f. pulv. D, in vitro nigro«. Glinka musi być wyjałowiona, przez co także znacznie łatwiej chłonie wodę. Próby w klinice chirurgicznej Biera z nową tą kombinacyą wypadły bardzo korzystnie i B. poleca gorąco ten proszek do zasypywania trudno gojących się powierzchni ziarninowych przy oparzeniach (w miejsce opaski Bardenheuera), przy zgorzeli, czyraku, ropniach, ropieniach palców i t. p. Proszek ten zastępuje w zupełności wszelkie maści. K.

Schöne. **Próby wpływania na gojenie się ran i wzrost nowotworów zapomocą zaburzeń przemiany materyi i zatruć.** (Arch. f. klin. Chir. 93. II,). S. przeprowadzał doświadczenia na myszach, u których wywołał sztucznie nowotwory przez przeszczepienie. Przyśpieszająco na wzrost nowotworów wpływały zatrucia solą kuchenną, chlorkiem wapna, arszenikiem, a wolniejszy wzrost spostrzegano przy zatruciach jodkiem potasu i sublimatem. Różnice te jednak zwykle bywały nieznaczne i niezbyt wyraźne. Podobnie czasem zwalniająco na wzrost nowotworów działał mocz ludzki i peptony. Natomiast nie powiodło się wykryć żadnego związku pomiędzy zatruciami, a gojeniem się ran ciętych i przygajaniem płatów plastycznych. K.

Sohler. **O leczeniu gruźlicy chirurgicznej trypsyną.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 46). Autor nie jest zadowolony z wyników leczenia gruźlicy chirurgicznej trypsyną. Leczenie to polega na wstrzykiwaniu w ogniska gruźlicze trypsyny zamiast zaczynu proteolitycznego, którego ropie gruźliczej brakuje. Otóż działanie to jest często za silne i tworzą się obok ogniska gruźliczego w tkankach ropnie. Dalej leczenie to jest bolesne i chorzy wymawiają się od niego. Nie rzadko trypsyna jest zanieczyszczona, a wyjała-

wiać jej nie można. S. wstrzykiwał trypsynę przeciw gruźlicy stawów 2 razy na tydzień. Odczyn potem bywał silny, nieraz z gorączką i objawami toksycznymi. Wyniki zaś, nawet pomyślne, nie są wcale lepsze, niż przy stosowaniu innych, mniej nieprzyjemnych, a czystych przetworów. K.

Beck. **Wartość rozpoznawcza i działanie lecznicze pasty bizmutowej przy przewlekłych ropieniach.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 33). B. staje w obronie podanego przez siebie przed 3 laty sposobu leczenia przetok zapomocą wstrzykiwania w nie pasty bizmutowej. Już sama rozpoznawcza wartość tego sposobu jest znaczna. Nieudałe wyniki lecznicze mogą podług B. pochodzić z dwóch przyczyn: 1) wskutek tego, że to leczenie stosuje się w nieodpowiednich przypadkach (cierpienia ostre, gruźlicze ropienia stawów i t. p.), 2) wskutek tego, że użyto nieodpowiedniej techniki (wstrzykiwano za mocno, pasta nie była dostatecznie płynna). Nieraz też przetoka dlatego się nie goi, że na dnie jej tkwi ciało obce, zwłaszcza martwak. Nawet tam, gdzie inni chirurdzy nie mogli osiągnąć wyleczenia, otrzymał Beck w 50% wyleczenia nieraz po jednem wstrzyknięciu. Zwykle odrazu można ocenić, czy pasta pomoże, bo po wstrzyknięciu zaraz wydzielina powinna z ropnej zmienić się w więcej surowiczą. Jeżeli ropa odchodzi dalej, szkoda zachodu, ew. leczyć należy pierwej przyczynę tego ropienia. D. stosuje obecnie pastę nawet zapobiegawczo, wstrzykując 10% zawiesinę w zimne ropnie po ich opróżnieniu. By uchronić się od wystąpienia zatrucia, nie należy wstrzykiwać w razie podejrzenia, że przetoka łączy się z dużą jamą (np. czaszka, woreczek żółciowy, kiszki i t. p.), a w razie jeżeli zatrucie już się zjawia (zabarwienie skóry, obwódka i owrzodzenia na dziąsłach, biegunka, białkomocz, bóle głowy i t. p.), należy zaraz wymyć bizmut zapomocą jałowej oliwy, wstrzykniętej do przetoki i po 12—24 godzinach wyssanej. K.

Meyer. **Odkażanie zapomocą jod-benzyny i stosowanie jej na rany.** (Med. Klinik 1910 Nr 34). M. poleca odkażanie skóry przez 5 minut jodbenzyną, której skład obecnie jest nieco inny (mniej jodu i parafiny), a mianowicie: »Rp. Jod 0,5. Benzin 800,0. Paraffin ad 1000,0«. Przy obmyciu dodaje się jeszcze wytarcie skóry alkoholem przez $^1/_4$—$^1/_2$ minuty, celem usunięcia zabarwienia i ślizgości skóry. Jod-benzyna nadaje się też do pielęgnacyi skóry przy przetokach ropiejących, odbytach sztucznych i t. p. i do odkażania skóry w przypadkach urazów np. rąk u robotników. Po zwykłem odkażeniu jod-benzyną rozpyla Heusner jeszcze przed operacyą, celem zatrzymania drobnoustrojów w głębi, pokost następującego składu: »Rp. Jod. 2,0. Solve in alcohol. ab. aeth. aa 10,0. Adde collod. 2,5. aether. ad 100,0«. Sposób Heusnera nie drażni skóry, jest szybki i tani. K.

Krecke. **Sączek cygaretowy.** (Münch. med. Woch. 1910 Nr 31). Od dobrego materyału do sączkowania wymagamy: 1) dobrego odprowadzania wydzielin z rany, 2) nie drażnienia rany, 3) nie wstrzymywania pierwotnego zasklepiania się, 4) łatwości w usuwaniu sączka bez wywoływania krwawienia, 5) zdolności tamowania krwawień. Dotychczasowe materyały, używane do sączkowania, nie odpowiadają wszystkim tym wymogom. Sączki szklane i gumowe zatykają się i nie dozwalają równocześnie tamponować np. w razie krwawienia. Sączki z gazy (np. worek Mikulicza) nie dozwalają na pierwotne zasklepienie się rany i wyjmowanie ich jest mozolne, a dla chorego bolesne. Wad tych niema podany przez amerykanów t. zw. sączek cygaretowy. Robi się go w ten sposób, że na kawałek »protectif silk« kładzie się 2—3 nieco większe paski gazy przeciwgnilnej i potem zwija jak cygaro. W ten sposób gaza wystaje na kilka centymetrów poza ceratkę. Sączek ten znakomicie odprowadza wydzieliny, nie drażni rany, daje się bardzo łatwo usuwać, nie wstrzymuje zasklepiania się pierwotnego rany, a co najważniejsze, można nim także tamponować w razie krwawienia, do czego służy wolny koniec gazy. Jedyną może stroną ujemną jest to, że »protectif silk« nie daje się bez uszkodzenia gotować w wodzie lub parze, ale do wyjałowienia wystarcza potrzymać go przez $^1/_2$ godziny w sublimacie, po poprzedniem wytarciu alkoholem. K.

Lattes. **O wpływie, jaki wywiera tłuszcz krążący we krwi na trujące działanie chloroformu.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 40). L. przeprowadził doświadczenia na zwierzętach, usypiając je chloroformem, wstrzykiwanym śródżylnie ew. z dodatkiem zawiesiny tłuszczu. Zwykłe dodatek tłuszczu o tyle zwiększa działanie chloroformu, że udaje się wywołać uśpienie połową zwykłej dawki, a potem trwa ono nawet dłużej. Unika się przez to niepotrzebnego przeładowania ustroju zbytkiem chloroformu. K.

Guleke. **Doświadczalny przyczynek do szwu aorty.** (Arch. f. kl. Chir. 93. I.). G. próbował na psach szwu aorty, zadawszy rany cięte aorty. Z 12 doświadczeń w 7 szew udał się w zupełności. W dwóch przypadkach wytworzył się zakrzep. Badanie drobnowidowe stwierdziło, że niema tu mowy o zupełnej restytucyi, gdyż w miejscu naciętem i zeszytem tworzy się blizna, w której niema zupełnie składników mięsnych i elastycznych. W sąsiedztwie szwów spotyka się w błonie wewnętrznej nieraz rozległą martwicę. Fakta te każą przypuszczać, że trwałość szwu i blizny w aorcie nie jest zbyt wielka, a szew aorty bezwarunkowo wymaga zdrowych ścian aorty, co u człowieka niezawsze przecież się zdarza. K.

Położnictwo i ginekologia.

Richter. **W sprawie szyjkowego cięcia cesarskiego.** (Arch. f. Gyn. Tom 91 zesz. II). Zdawało się, że operacya ta odegra wielką i ważną rolę w leczeniu przypadków ze ścieśnieniem miednicy, o ile mogłaby zastąpić cięcie cesarskie klasyczne tam, gdzie go nie można zastosować. Nadzieje te były tem bardziej uzasadnione, że przeniesienie cięcia z trzonu macicy na jej szyjkę, stosunkowo niezbyt szerokie otwarcie jamy brzusznej, pozostawienie macicy i jelit »in situ«, jak wogóle przeprowadzenie całej operacyi zaotrzewnie, pozwalało nawet w niepewnych co do zakażenia przypadkach rokować korzystnie. Dotychczasowe doświadczenie i różne zestawienia statystyczne pouczyły jednak, że nadzieje te daleko jeszcze odbiegają od oczekiwanych wyników. Autor rozporządza wprawdzie małą — ale bardzo pouczającą statystyką 12 przypadków — szczególnie w porównaniu z wynikami po cięciu cesarskiem klasycznem. Z matek umarła jedna (peritonitis purulenta), tylko dwie odbyły zupełnie bezgorączkowy połóg, inne gorączkowały nawet dość wysoko, a z tych u trzech wystąpiły zakrzepy. Wszystkie płody urodziły się żywe. Wskazanie stanowiły miednice ścieśnione ze sprzężną prawdziwą (conj. vera) od 5—8 cm.. Pięć razy wystąpiły bardzo silne krwawienia przy operacyi, trzy razy średnio silne, a cztery razy nieznaczne, mimo że operowanym wstrzyknięto przed uśpieniem i bezpośrednio przed rozpoczęciem operacyi sporysz. Krwawienie należy odnieść do tego, że operuje się zwykle w późnym okresie porodowym, na szyjce bardzo rozciągniętej, niezdolnej do silniejszych skurczów, w przeciwieństwie do cięcia cesarskiego klasycznego, które się wykonuje w pierwszym okresie porodu na tkance mięsistej, bardzo kurczliwej. Łożysko musiano 10 razy wyjmować ręcznie, gdyż albo nie odchodziło samo, albo krwawienie zmuszało do czynnego wkroczenia. Wydobycie płodu natrafiało często na wielkie trudności, wskutek czego operacya trwała średnio 45 minut, — a samo tylko wyjęcie płodu 10—15 minut (przy cięciu klasycznem cała operacya 30 minut, — wyjęcie płodu 2 minuty). Co jednak najważniejsza, to, że w wielu przypadkach (7) nie udawało się operować zaotrzewnie i musiano przystąpić do otwarcia otrzewnej, bądź z powodu nizkiego usadowienia fałdu otrzewnego, bądź wskutek niemożliwości znalezienia go, bądź wskutek silnego przyczepu otrzewnej do macicy, bądź wreszcie wskutek bardzo małej rozciągliwości bocznego więzadła pęcherzowego

(lig. vesicale laterale). To uważa autor za najsłabszą stronę operacyi, która wówczas od cięcia cesarkiego klasycznego różni się tylko tem, że cięcie prowadzi się nie na trzonie, lecz na szyjce macicy. A zresztą, skoro nie można przewidzieć, czy uda się operować zaotrzewnie, to i operacyi nie powinno się wykonywać w przypadkach co do zakażenia podejrzanych. Autor sądzi nawet, że niebezpieczeństwo zakażenia w takich przypadkach jest większe przy cięciu na szyjce, aniżeli przy cięciu na trzonie. Jak więc dotychczas, cięcie szyjkowe, wykonane nawet najlepszą metodą według Latzko, nie może zastąpić cięcia cesarskiego klasycznego; przeciwnie należy się starać coraz bardziej udoskonalać cięcie cesarskie klasyczne, aby je można częściej stosować, aniżeli dotychczas, nawet w przypadkach co do zakażenia podejrzanych. Tam gdzie zakażenie nie ulega wątpliwości, należy raczej przy wskazaniu względnem wykonać wymóżdżenie, a przy bezwzględnem operacyę Porro. Cięcie szyjkowe, w ten sposób ograniczone, pozostałoby tylko dla tych przypadków, gdzie wskutek przebiegu choroby zachodzą poważne wątpliwości co do zakażenia i chodzi o uzyskanie żywego płodu.

Dr Ehrenpreis.

Hofmann. **Dalsze doświadczenia z rozszerzaniem sposobem Bossiego.** (Arch. f. Gyn. T. 91, z. II). Omówiwszy piśmiennictwo, podaje autor wyniki swoich 175 przypadków. Z tych 52 razy (41 pierwiastek, 11 wieloródek) zastosowano metodę Bossiego celem wywołania porodu przedwczesnego, a 123 razy (91 pierwiastek, 32 wieloródek) celem natychmiastowego ukończenia porodu, najczęściej z powodu rzucawki (eclampsia). Wyniki są następujące: Rozszerzanie ujścia macicy metodą Bossiego przy zamkniętej szyjce w połączeniu z następowem zastosowaniem balonu do macicy nadaje się znakomicie do wywołania porodu przedwczesnego. Na 123 przypadków, gdzie rozszerzenie zastosowano celem ukończenia porodu, zmarło 19 matek (śmiertelność 15.40%), przeważnie jednak wskutek drgawek porodowych, w żadnym przypadku w następstwie samego rozszerzania. Śmiertelność dzieci wynosiła 37·5%, i tu głównie w następstwie drgawek matki. Naddarcia szyjki, które trzeba było zeszyć, wystąpiły w 22% przypadków, najczęściej dopiero przy wydobyciu płodu; tylko 3 razy zauważono naddarcie zaraz po rozszerzeniu. Zauważono przytem, że naddarcia szyjki można uniknąć, jeżeli się rozszerza tylko w przerwach między bólami, jeżeli się rozszerzania nie zastosuje u wieloródek z bliznowatą szyjką, chyba tylko wyjątkowo, jeżeli się szyjkę dostatecznie rozszerzy, zależnie od wielkości płodu i mającego się odbyć zabiegu rozwiązującego, i jeżeli się rozporządza odpowiednią wprawą i rozszerza odpowiedniemi narzędziami (oryginalne narzędzie Bossiego — de Seigneux — lub ośmioramienne Bossi-Krull); wszystkie rozszerzacze bez zgięć miednicowych należy zasadniczo zarzucić. W końcu należy na to baczyć, aby odkręcanie przyrządu odbywało się w położeniu możliwie prostopadłem, a rozszerzanie ramion w płaszczyźnie samej szyjki. Autor sądzi, że rozszerzadło w odpowiednich rękach i odpowiednich przypadkach przy przestrzeganiu powyższych ostrożności może dać tylko dobre wyniki.

Dr E. Ehrenpreis.

Roth. **O leczeniu rzucawki metodą Stroganoffa.** (Arch. f. Gyn. t. 91. z. II.). Stroganoff leczy rzucawkę (eclampsia) objawowo i wyczekująco morfiną i wodanem chloralu, przyczem nowy jest sposób ich zastosowania. Gdy przedtem podawano te środki, skoro napad drgawek już wystąpił, to Stroganoff podaje je według metody, opracowanej na 360 przypadkach, w małych, ściśle określonych dawkach i w ściśle oznaczonych odstępach czasu, zwracając główną uwagę na to, aby napady nie występowały. Trafnie też nazwał sam Stroganoff ten sposób leczenia metodą zapobiegawczą leczenia rzucawki. Chore pozostają niejako stale pod wpływem środków nasennych, tak, że znacznie trudniej oddziałują na zewnętrzne czynniki drażniące, które najczęściej właśnie wywołują napady. Mimo to należy chore o ile możności chronić przed tymi czynnikami i w tym celu poleca Stroganoff umieszczać chore w odosobnionym ciemnym pokoju. Wszystkie, choćby z najmniejszem zadrażnieniem połączone zabiegi, należy wykonywać w uśpieniu chloroformowem, do czego najczęściej 20 kropli już wystarczy; tu należy zewnętrzne czy wewnętrzne badanie chorej, podskórne wstrzykiwanie morfiny, lewatywy z wodanu chloralu, cewnikowanie i oczyszczanie części rodnych. Wśród zachowania powyższych ostrożności można rozpocząć właściwe leczenie według następującego schematu: najprzód morfina 0,015 (0,01—0,02), po godzinie wodan chloralu 2,0 (1,5—2,5), w 2 godziny później znowu 0,015 morfiny, w 4 godziny później 2 gr. wodanu chloralu, w 6 godzin później 1,5 wodanu chloralu, w 8 godzin później znowu 1,5 wodanu chloralu. Leczenia tego nie należy przerywać za wcześnie i nawet po porodzie i zupełnem uspokojeniu się chorej należy jeszcze przez kilka dni podawać lewatywy z wodanu chloralu 3 razy dziennie po 1,0—1,50. Stroganoff poleca następujący rozczyn: »Chloralhydrat 20,0, mucilag. gummi arab. 20,0, aquae destill. 180,0«; albo rozczyn wodanu chloralu w mleku (300 gr.) lub w soli kuchennej. Trzymając się w swoich przypadkach ściśle schematu, podanego przez Stroganoffa, zauważył autor ustąpienie napadów już z końcem pierwszego dnia leczenia; następnie wracała przytomność, ilość moczu zwiększała się, ból głowy ustępował i tętno stawało się miększe, nawet jeżeli poród jeszcze się nie skończył. W przypadkach uporczywych, gdzie napady mimo leczenia ciągle się powtarzają, radzi i Stroganoff poród o ile możności szybko ukończyć. Powyższe leczenie umożliwia jednak zwlekać z rozwiązaniem aż do wystąpienia odpowiednich warunków dla matki i płodu, celem wykonania obrotu lub założenia kleszczy. Do większych i cięższych zabiegów rozwiązujących nie był Stroganoff prawie nigdy zmuszony. Na 31 w powyższy sposób leczonych przypadków rzucawki stracił autor tylko jedną chorą i to raczej w następstwie powikłań płucnych, niż samej rzucawki; wynik więc znakomity, a w każdym razie najlepszy ze wszystkich dotychczasowych metod leczenia rzucawki. Stroganoff obliczył na 360 swoich przypadków śmiertelność matek na 6,6%, a płodów na 21,6% — wyniki, których dotychczas żadną inną metodą nigdzie nie osiągnięto. W szczególności zauważył autor znakomite wyniki przy rzucawce, występującej jeszcze w ciąży; napady szybko ustawały, ciąża trwała dalej, a po pewnym czasie występował dobrowolny i prawidłowy poród. W przypadkach autora zmarło 5 dzieci w następstwie choroby matki. Zauważono przytem, że dzieci matek, w powyższy sposób leczonych, rodziły się zwykle jakby uśpione, słabo oddychające, co jednak po wdychiwaniach tlenowych i ciepłych kąpielach szybko ustępowało. W każdym razie należy płody takie jeszcze kilka godzin po porodzie dokładnie nadzorować. Ze względu na powyższe wyniki należy metodę Stroganoffa szczególnie polecić lekarzom praktycznym, którzy bardzo często stoją wobec rzucawki porodowej bezradni, tracąc jeden przypadek po drugim. Stroganoff ma nadzieję tak jeszcze udoskonalić swoją metodę, że śmiertelność matek spadnie do 2%.

Dr E. Ehrenpreis.

Stern. **Przeszkody porodowe z powodu guzów miednicy.** (Arch. f. Gyn. T. 91, z. II). We wszystkich przypadkach, gdzie guz miednicy stanowi przeszkodę porodową, należy naprzód próbować guz ten ręcznie odprowadzić i to najlepiej w położeniu na czworakach. Nakłucie celem zmniejszenia guza można zastosować tylko przy torbielach. O ile jednak nie można napewno przewidzieć, jaka jest treść torbiela, należy naprzód wykonać nakłucie próbne bardzo cienką igłą; właściwe nakłucie będzie wówczas wskazane, jeżeli treść okaże się surowicza, jak n. p. przy zwykłym torbielu surowiczym, gdyż torbiele te są zwykle jednokomorowe i dają pewność całkowitego opróżnienia. We wszystkich innych przypadkach należy się wystrzegać nakłucia, w przeciwnym bowiem razie łatwo mogłoby nastą-

pię zakażenie otrzewnej. Podobnie nie należy się wówczas kusić o ukończenie porodu drogą naturalną, ponieważ mogłoby przytem łatwo nastąpić pęknięcie guza i wylanie się jego treści z następowem zakażeniem otrzewnej. Usunięcie guza drogą pochwową możliwe jest, jeżeli guz jest osadzony na dobrze rozwiniętej szypule, do której dostęp jest łatwy; tego jednak przewidzieć nie można. To też najlepiej jest wówczas wykonać cięcie cesarskie nadłonowe zaotrzewne (m. Latzko) z następowem wyjęciem guza.

Dr E. Ehrenpreis.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe przetwory.

1) Tabletki agarowe (agar-agar i ferment bułgarski).
2) Arsotropin (jodarsen i extract. belladon.).
3) Bromophor (dibromlaricin, kwasy tłuszczowe).
4) Carbenzym (węgiel + trypsyna).
5) Credargan (srebro kolloidalne).
6) Euguform (przetwór gwajakolu i formaldehydu, zasypka do ran).
7) Eutectan (połączenie bizmutowe gwajakolu; zasypka do ran, środek przeciwwiewiórowy i wewnętrznie w cierpieniach jelit).
8) Feolatan (żelazo, kwas mleczny i amoniak).
9) Frigusin (rozpuszczony w kollodyum kwas żywiczny z jodem).
10) Gynin (mieszanina różnych znanych środków odkażających).
11) Hegenon (przetwór srebra, środek przeciwwiewiórowy).
12) Libidol (wyciąg kory Yohimbe z dodatkiem Muira i Kola).
13) Plantaginol (kodeina, gwajakol, brom i wymiotnica; środek przeciw krztuścowi).
14) Paigodin (glikozyd roślinny, środek przeciw krztuścowi). A.

Puszczanie krwi znajduje znowu coraz to szersze zastosowanie, a mianowicie w zaburzeniach krążenia, zwłaszcza krążenia małego, w mocznicy, udarze mózgowym, cierpieniach gośćcowych, pewnych postaciach blednicy, przy zatruciach krwi gazami, a zapobiegawczo przy stwardnieniu tętnic i pełnokrwistości. Krew puszcza się z żyły łokcia zapomocą nacięcia, lub aspiracyą strzykawką. Po wypuszczeniu 200—300 ctm^3, n. p. przy mocznicy, dobrze jest wlać dwa razy tyle rozczynu soli kuchennej. Przy blednicy stosuje się częste puszczania 50—100 cm^3 krwi. Przy udarze mózgowym puszczenie krwi działa znakomicie; stosuje się je po stronie zdrowej. Przy zapaleniu płuc puszcza się krew po stronie chorego płuca. (Oest. Ärzt. Ztg. Nr 20). A.

Leczenie wstrzykiwaniami ciałek białych przy zapaleniach płuc poleca Manuchin. Wstrzykiwania te wywołują leukocytolizę, a przez to uwalnianie się bakteryolizyn i antytoksyn, jakoteż zaczynu proteolitycznego, co klinicznie objawia się spadkiem ciepłoty, potami, zmianami w płucu i t. p. Ciałka białe oddziela się z 7 cm^3 krwi, i daje do 1 cm. rozczynu fizyologicznego soli kuchennej. (R. Wracz 1910, Nr 26). A.

Leczenie zapalenia miedniczek nerkowych zapomocą przepłukiwania azotanem srebra (0·05—0·5%) poleca Hohlweg. Oddaje ono cenne usługi, zwłaszcza przy zakażeniu prątkiem okrężnicy. (Münch. med. Wochs. Nr 40). A.

Schodzenie z góry poleca Stern w czynnościowych cierpieniach przewodu pokarmowego przy zdrowych płucach i sercu. (Zft. f. ph. u. diät. Ther. XIV, 6). A.

Kąpiele z gorącego powietrza zalecają Grünspan i Faroy (Gazette des hôpitaux 1910, Nr 26. p. 355—357) w wiewiórowem zapaleniu stawów. Kąpiel powinna trwać 25 do 30 minut i wynosić 125°. Ból znika rychło, ulga zaraz po pierwszej kąpieli jest widoczna, nigdy nie pozostało zesztywnienie. Autorowie uleczyli tym sposobem 9 przypadków. Stahr.

Kąpiele gorące w puchlinie brzusznej na tle gruźliczem zaleca Mouriquand (Journ. des Praticiens 19. X. 1910). Stosował je u kobiety, dotkniętej wysiękiem otrzewnym i opłucnym, codziennie po 10—20 minut. Olbrzymia puchlina brzucha po tygodniu wyraźnie zmalała, po 3 tygodniach zupełnie znikła. Na wysięk w opłucnej nie wywarły kąpiele żadnego wpływu. W drugim przypadku znikła pod wpływem kąpieli zupełnie puchlina brzucha u 9-letniej dziewczynki i od 6 miesięcy nie wraca. Stahr.

Pożądanie cukru u dzieci jest często podług Siegmunda objawem niedomogi gruczołu tarczowego i wtedy należy podawać gruczoł z owcy. (Deutsche med. Wochs. Nr 21). A.

Przy silnej gorączce u dzieci poleca Lemansky czopki: Rp. Chinin. hydrobrom. 0,3, Phenacetin, Antipyrin. aa 0,05, But. Cacao 2,0, M. f. suppos. (Rif. med. 1910, Nr 28). A.

Przy nagłej śmierci u dzieci znaleźli Grosser i Belke w trzech przypadkach zmiany (krwotok) jedynie w ciałkach nabłonkowych (gruczołach przytarczycznych), i dlatego radzą w podobnych przypadkach badać zawsze makroskopowo i mikroskopowo także te gruczoły. (Münch. med. Wochs. Nr 40). A.

Ciekawy dodatni wpływ trzebienia na zatrucia toksynami tężca lub strychniną wykrył Silvestri u zwierząt; odnosi on go do hyperkalcyfikacyi, która występuje stale po trzebieniu. Tem też tłómaczy sobie Silvestri znikanie padaczki po trzebieniu, spostrzegane niekiedy u kobiet. (Soc. med. chir. di Modena 27. V. 1910). K.

Szczypczyki Blunka, tamujące doskonale krwotok z mniejszych naczyń (przez zwijanie błony wewnętrznej) poleca Petzsche. (Beitr. z. kl. Chir. 68. III.). K.

Przy bolach i trudnościach łykania z powodu gruźlicy krtani poleca Baumgarten pędzlowania lub zakraplania krtani płynem: Rp. Anaesthesin 1,0, Coryfin 20,0, lub: Rp. Cycloform 1,0, Coryfin 25,0. (Med. Kl. Nr 44). K.

Siwienie włosów polega podług Stiedy na tem, że wypadają włosy ciemne, a na ich miejsce rosną bezbarwikowe białe. Siwienie nie polega na dostawaniu się powietrza do włosów (teorya Landoisa) i nagle nigdy wystąpić nie może. Rzekome przypadki nagłego osiwienia nie wytrzymują ścisłej krytyki. (Deutsche med. Wochs. 1910, Nr 32). A.

Przewaga oka prawego przy patrzeniu. Rosenbach zwrócił uwagę, że jeżeli, patrząc obuocznie, nastawimy palec na pionową ramę okna i potem zamkniemy oko prawe, to ujrzymy palec nie na ramie, lecz więcej ku stronie prawej, a więc przed okiem prawem. Na lewem oku zaś tego objawu niema. Enslin znalazł ten objaw u mańkutów często znów po stronie lewej. (Münch. med. Wochs. Nr 43). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie d. 23. listopada 1910 r.

Przewodniczy R. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz. — Obecnych członków 37.

1. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Przewodniczący zawiadamia, iż przy głosowaniu Prof. Dr Cybulski został jednomyślnie wybrany członkiem honorowym Tow. lek. krak.

3. Dr Józef Jasieński został przyjęty do Towarzystwa jako członek zwyczajny.

4. Przewodniczący otwiera dyskusyę nad odczytem Doc. Dra Koźniewskiego: **O hormonach.**

Dr Eisenberg zwraca uwagę na t. z. hormon perystaltyczny, odkryty przez Zuchera w wyciągach ze śledziony, który ma bardzo silnie pobudzać ruchy robaczkowe jelit, a którego stosowanie u ludzi w przypadkach uporczywego zaparcia stolca miało po jednorazowem wstrzyknięciu usuwać tę nieprawidłowość na długi czas lub na stałe, nawet wtedy, gdy wyczerpano poprzednio inne środki bez skutku. Nadto być może, że nauka o hormonach pozwoli z czasem wyjaśnić mechanizm patogenetyczny i przyczynę śmierci w pewnych zakażeniach, w których dotąd właściwości biologiczne odpowiednich zarazków nie tłómaczą objawów chorobowych, ani zejścia śmiertelnego. Gdyby mianowicie w myśl hipotezy Schattenfroha i Grassbergera przypuścić, że pewne zarazki niszczą, czy rozkładają w sposób analogiczny do fermentacyi pewne wydzieliny wewnętrzne, krążące w sokach, a do życia konieczne (n. p. nadnerczynę) i to tak szybko, że wytwarzanie ich przez odpowiednie narządy nie zdoła dotrzymać kroku ich rozpadowi, to szybkie zejście śmiertelne w wielu ciężkich, a dotąd niewyjaśnionych zakażeniach stałoby się zrozumialsze. Nadto można też przyjąć w pewnych przypadkach uszkodzenie narządów o wydzielaniu wewnętrznem przez jady bakteryi, jak tego dowodzą badania Bohomolca i Strubella co do zwyrodnienia nadnerczy przy zatruciu błoniczem. Mechanizm zdaje się tu być taki, że lipoidy nadnercza do pewnego stopnia zobojętniają jad błoniczy krążący, wiążąc go zapewne; przy nadmiarze jadu sam narząd ulega zatruciu. Z tem zgadza się spostrzeżenie Marenghiego, że dawki jadu błoniczego, nieszkodliwe dla zwierząt prawidłowych, są zabójcze dla świnek pozbawionych nadnerczy.

Prof. Bujwid zauważa, iż jady czyste działają na nadnercze odmiennie, niż szczepione wraz z bakteryami.

Doc. Dr Koźniewski: Co do uzupełnienia kol. Eisenberga muszę zaznaczyć, że nietylko o peristaltin-hormonie nie mówiłem, ale i o wielu innych wydzielinach wewnętrznych. W ramach $1^1/_2$-godzinnego referatu nie można zamknąć nawet głównych faktów, tyczących się gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Nie mówiłem n. p. o ważnym hormonie z ciałka żółtego (corpus luteum), który świeżo jest przedmiotem badań Leo Loeba z Filadelfii (Centralbl. f. Physiol. 1908, Nr 16; 1909, Nr 3; 1910, Nr 7; oraz Arch. für Entwickelungsmechanik). Ciekawą stroną tych prac, związanych ideowo z pomysłami Gust. Borna, oraz doświadczeniami Fraenkla, jest to, że zapomocą metody fizyologicznej można stwierdzić nietylko fakt istnienia owego hormonu, ale nawet w jego wędrówce po ustroju uchwycić ów hormon w pewnem miejscu, mianowicie w błonie śluzowej macicy, która, o ile jest »nasycona« nim, wtedy pod działaniem silnego bodźca zewnętrznego (nacięcia) buja, dając t. zw. doczesną sztuczną. Efekt taki widzimy i na śluzówce przeszczepionej. Zresztą o wielu ciałach, podciąganych pod nazwę hormonów, nie mogłem mówić dla braku czasu. O wybitnem działaniu owego peristaltin-hormonu (Zuelzera), (z fabr. Scheringa) słyszałem również od Prof. Rutkowskiego; w referacie sprawy tej nie poruszałem, gdyż odnośne dane teoretyczne i sprawozdania fizyologiczne są na razie bardzo skąpe. — Przechodzę do hipotezy, wiążącej sprawę zakażeń ze sprawą gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Niema wątpliwości, że związek między funkcyonowaniem gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, a chorobami zakaźnemi istnieje. Kładzie na to wielki nacisk szkoła klinicystów francuskich (porówn. »L'insuffisance surrénale dans les infections aigues. »Progrès medic. 1909, Nr 41), podnosił to kol. Kania, przemawiając w dyskusyi nad cholerą, dotknąłem zlekka tej sprawy i ja, mówiąc o przypuszczeniach co do roli kory nadnerczy. Zresztą istnieją w tym kierunku badania doświadczalne bakteryologiczne i serologiczne, i, gdy kolega Eisenberg zaczął mówić o stosunku bakteryologii do nauki o gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, sądziłem, że wspomni n. p. o doświadczeniach nad podnoszeniem się wskaźnika opsoninowego przy podawaniu przetworów tarczycy (badania szkoły francuskiej, ogłaszane w C. R. d. l. Soc. Biol. w roku zeszłym), oraz analogicznych faktach; lecz mówić o teoryach odporności, budowanych na przypuszczeniach większej lub mniejszej ilości adrenaliny w danych warunkach zakażenia, to chyba i zbyteczne i przedwczesne. Wszak metody ilościowego oznaczania adrenaliny datują się od tak niedawna. Mamy garstkę wiadomości, nieraz sprzecznych, nad zachowaniem się adrenaliny przy chorobach nerek i Basedowa. Hypotezy i teorye muszą poczekać na zdobycie dalszych faktów. (Streszczenie własne).

5. Prof. Bujwid wygłasza wykład p. t. **Badania doświadczalne nad odkażaniem rąk.**

Celem moim jest przedstawienie środków najprostszych, działających możliwie szybko i skutecznie przy powierzchownych zakażeniach skóry. Oddawna wiadomo, że zupełne wyjałowienie naskórka rąk jest niemożliwe. Do tego też nie będziemy dążyć, chodzi bowiem najbardziej o zniszczenie bakteryi ropotwórczych przyległych do powierzchownej warstwy naskórka. Ażeby cel osiągnąć, powlekaliśmy z p. Szulcem brzuśce palców hodowlą agarową gronkowców, jako trudniejszych do zniszczenia od paciorkowców, i po wyschnięciu warstewki pocieraliśmy brzusiec zakażony wacikiem, zmaczanym w omawianym środku odkażającym 10, 20, lub 30 razy, mniejsza bowiem ilość wytarć nie okazuje się skuteczną. Ze wszystkich środków najskuteczniejszym okazał się 50—75% wyskok, który już po 10-krotnem wytarciu niszczy gronkowce. Ani 2% fenol, ani 1‰ sublimat nie dorównują w działaniu 5% wyskokowi. Lepiej nieco, ale nie tak dobrze, jak 50% alkohol, działa 3% lysol. Bardzo słabo działają: lysoform, boroform, 3% formalina; słabo również działa absolutny i 96% alkohol. Jodyna działa dobrze na powierzchnię suchą (nie mytą), ale dopiero po 2—5-krotnem posmarowaniu, co niszczy naskórek, a nawet samą skórę.

Do odkażania rąk nadaje się najlepiej: obmycie wodą z mydłem, staranne, parominutowe, bez szczotki, która może zarazki ropne głęboko wprowadzić i zakażenie spowodować, a potem wytarcie dosyć silne kilkoma centymetrami mocnego alkoholu jeszcze wilgotnych rąk. Jeżeli ręce już suche, trzeba użyć 50% alkoholu. Tylko nieznaczna ilość bakteryi pozostaje na rękach po tym zabiegu, nie niszczącym rąk ani czucia, i nadającym się szczególnie do mniejszych i szybko wykonywanych operacyi. Pole operacyjne przy szybkich operacyach najlepiej wyjaławia 2—3-krotne pociągnięcie jodyną. Nadmiar jodyny można zobojętnić rozczynem węglanu sodowego, który wytworzy obojętnie działające jodek i jodan sodowy.

W dyskusyi zauważa Dr Blassberg, iż korzystniejsze wyniki odkażania rąk otrzymuje się w miarę wyrobienia sobie techniki mycia, jak wskazują doświadczenia, wykonane w klinice Schleicha.

Dr Eisenberg zaznacza, że jakkolwiek obrana metoda pozwala porównawczo określić wartość pewnych środków odkażających, to dla przekonania się o zupełnem wyjałowieniu rąk należałoby stosować metody ściślejsze, opracowane przez Fürbringera, Paula i Sarweya. Nadto zwraca uwagę na lysochlor (wyrabiany przez Richtera w Budapeszcie), tj. chloro-m-krezol w rozczynie mydlanym (rycynoleum potasowego), który według prac Laubenheimera ma być najznakomitszym środkiem odkażającym z grupy fenolowej, a według pracy Ikaty w 0·5% rozczynie alkoholowym ma być najidealniejszym, bo najskuteczniejszym,

a przytem bezwonnym i nieszkodliwym środkiem do odkażania rąk. (Str. własne).

Dr Eiger zauważa, iż 50% wyskok działa najsilniej hemolitycznie na krwinki czerwone, w miarę zwiększania koncentracyi hemoliza słabnie, a aglutynacya wzmaga się.

Prof. Dr Chlumský wskazuje, iż odkażenie rąk przez mycie jest chwilowe, dokąd ręce się nie spocą. Najlepszym środkiem zapobiegającym jest używanie rękawiczek nicianych. Mycie rąk wyskokiem 70—90% jest niekorzystne, gdyż wywołuje powstawanie rozpadlin skórnych. Działanie odkażające nalewki jodowej zdaje się, na podstawie doświadczeń klinicznych, nie ulegać wątpliwości.

Doc. Dr Koźniewski wspomina, że wogóle chlorowcowe pochodne benzolów odznaczają się znaczną siłą odkażającą. W praktyce dentystycznej ceniony jest szczególnie trójbromokrezol.

Prof. Dr Majewski sądzi, że miarą dobroci odkażania rąk jest odsetek zakażeń operacyjnych. We Francyi usiłuje się zmniejszyć możliwość zakażenia przez ograniczenie liczby asystentów, dotykających rany.

Prof. Bujwid odpowiada, iż niema środka pewnego, któryby posiadał własność niszczenia zarazków w głębi, nie naruszając tkanek. W doświadczeniach swych starał się tylko o jak najszybsze zmniejszenie ilości bakteryi na powierzchni skóry. Lysochlor jest jeszcze zbyt nowym środkiem, aby można o nim wydać stanowczy sąd. Odpowiadając Dr Eigerowi zauważa Prof. Bujwid, iż hemoliza nie następuje przy wyższych stężeniach wyskoku dlatego, że ścina się zewnętrzna warstwa ciałka czerwonego.

Posiedzenie d. 30 listopada 1910 r.

Przewodniczy R. dw. Prof. Wicherkiewicz. — Obecnych członków 54.

1) Przewodniczący R. dw. Prof. Wicherkiewicz, wręczając dyplom członka honorowego Tow. lek. krak. Prof. Dr N. Cybulskiemu w 25-tą rocznicę jego pracy profesorskiej, przemawia w następujące słowa:

»Czcigodny Kolego! Swiadomość sumiennie spełnianego obowiązku na stanowisku zaszczytnem, jakie zajmujesz, a dalej przekonanie, że drzewo naukowe, pielęgnowane w tej tu cieplarni, wydało owoce żyzne, a światu szerszemu znane, ta wreszcie okoliczność, że młodzież przez Ciebie kształcona, a już pewnie do tysięcy dochodząca, wdzięczną Ci przechowuje pamięć, to niewątpliwie nagroda najwyższa i najsprawiedliwsza, jaka spotyka profesora uniwersytetu, który duszą całą przez długie lata wytrwał na tem stanowisku. I sam pewnie większej nie pożądasz. Twoi dawni i późniejsi jeszcze uczniowie, dziś na stanowiskach samodzielnych, w znacznej części są członkami krakowskiego Towarzystwa lekarskiego, gdzie nieraz z ich ust Twej nauki brzmią echa. Sądzę, że nie mylę się, jeżeli odgaduję ich dumę, iż to oni przyczynili się swymi głosami do jednomyślnej uchwały tego Towarzystwa, które oceniając Twe znaczenie w nauce i kształcenie przyszłych adeptów naszej sztuki, postanowiło Cię uczcić, mianując swym honorowym członkiem. Ja zaś czuję się szczęśliwym, że jako prezesowi tegorocznemu krak. Towarzystwa lek. przypadł mi zaszczyt wręczenia Ci tego dyplomu, a z tem, wyrażenia zarazem życzenia, byś z równie świeżym umysłem i w czerstwem zdrowiu doczekał się złotych z naukową pracą godów«.

Prof. Dr Cybulski dziękuje w dłuższem przemówieniu za mianowanie go członkiem honorowym.

2) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3) Dr Gustaw Nowotny przedstawia **rzekomego obojnaka** (pseudohermaphroditismus masculinus), który był uważany za kobietę; przy badaniu okazuje się, że macicy niema, natomiast w fałdach, imitujących wargi większe, znajduje się zmarniałe jądra.

Prof. Kader wspomina o podobnym przypadku, który spostrzegał w prywatnej praktyce.

4) Dr Eiger wygłasza wykład p. t.: **Metoda elektrokardyograficzna, jej kliniczne znaczenie i zastosowanie** (część I — demonstracye). Sekretarz: Dr Bujak.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 4. października 1910 r.

1) Adolf Kozerski: **O przyrządach, wytwarzających wodę promieniotwórczą.** W celu nadania sztucznym wodom mineralnym promieniotwórczości, co do której w ostatnich czasach utrwala się przekonanie, że jest ona owym tajemniczym czynnikiem, dającym przewagę naturalnym źródłom mineralnym nad wodami sztucznemi, stworzono szereg przyrządów, mających na celu nasycanie płynów emanacyą radu. Jeden z takich przyrządów, radyogenem zwany, przedstawił prelegent obecnym, opisał jego budowę i pokazał sposób użycia. Następnie prelegent pokrótce wspomina o celu, działaniu i skutkach stosowania emanacyi radowej.

W dyskusyi mówił Anastazy Landau o wpływie dodatnim radu na dnę i skazę moczanową. — Alfred Sokołowski zaznacza, że sprawa sztucznej wody radowej, otrzymywanej zapomocą przyrządów fabryki Charlottenburskiej, była przedmiotem obszernego wykładu Prof. Kleckiego na zeszłorocznym Zjeździe internistów w Krakowie. Wyniki stosowania wody z tych przyrządów były niezbyt osobliwe. — Adam Ciągliński zwraca uwagę na krańcowość niektórych lekarzy w poglądach na sprawy leczenia fizycznego: hyperkrytycyzm ich względem darów natury da się chyba przeciwstawić tylko ich wielkiej łatwowierności, z jaką przyjmują oni wytwory pracowniane, a nawet fabryczne. Badania ostatnich lat odkryły niejedną tajemnicę wytwarzania się i nasycania wód mineralnych, przyszłość odkryje nam ich więcej, ale im więcej tych tajemnic poznamy, tem lepiej pojmować będziemy, że w naszych pracowniach i fabrykach rywalizować z naturą będzie nam bardzo trudno.

2) Leon Karwacki: **Oospora pulmonalis.** Prelegent pokazał hodowle i preparaty drobnowidowe włoskowców paciorkowcowatych (streptothrix seu oospora), wyhodowanych z plwociny gruźliczej, i streścił symptomatologię i patogenezę spraw chorobowych, wywołanych przez włoskowca, na podstawie danych z literatury i spostrzeżeń własnych. K. podkreśla, że symptomatologia I. okresu grzybicy płucnej uchodzi zazwyczaj za gruźlicę i podnosi potrzebę sporządzania hodowli z plwociny w przypadkach niejasnych.

Posiedzenie kliniczne dnia 18. października 1910 r.

1) Gliński przedstawił 2 przypadki **białaczki przewlekłej** z oddziału Dra Chełchowskiego: Osobliwość pierwszego przypadku polega na pierwotnem obrzmieniu śledziony, poprzedzającem o rok przeszło powiększenie gruczołów. Drugi przypadek zasługuje na uwagę przez to, że choroba rozwinęła się u mężczyzny przedtem zupełnie zdrowego, wkrótce po operacyi czyraka na plecach.

2) Alfred Sokołowski: **Fundacya im. Dra Walentego Koczorowskiego, przyczynek do historyi Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego.** (Rzecz drukowana będzie w Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego).

3) Na miejsce ustępującego kolegi Kazimierza Rzętkowskiego wybrano redaktorem Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego kolegę Stanisława Kamieńskiego.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z d. 5. października 1910 r.

Przewodniczący: Kol. A. Krusche. Sekretarz: E. Sonnenberg.

1. Kol. Przedborski przedstawił dziewczynkę w wieku 12—14 lat, która zachorowała przed 5 tygodniami na **obustronne zapalenie ucha środkowego.** Przypadek kwalifikował się do zabiegu operacyjnego. Kol. P. jednakże, rodzajem próby, zastosował tu metodę Biera i otrzymał wynik dobry: ciepłota się obniżyła i podmiotowo chora czuje się dobrze. Dziś u chorej omawiany zabieg zastosowano po raz ostatni. Kol. P. przedstawia ten przypadek dlatego, że w ostatnich dniach daje się spostrzegać w stosowaniu metody Biera zwrot, dla metody nieprzychylny.

2. Kol. Prezes zawiadomił obecnych, że na ręce jego nadeszło zaproszenie Towarzystwa do udziału w Zjeździe chirurgów polskich w Warszawie. Zaproszenie powyższe, wysłane 10 dni temu, z przyczyny niewiadomej zostało wręczone kol. Kruschemu dopiero w ostatniej chwili. Zebrani uprosili kol. Kruschego, aby na wymienionym Zjeździe reprezentował nasze Towarzystwo.

3. Kol. W. Jasiński przeczytał projekt regulaminu przyszłorocznego Zjazdu lekarzy (sprawozdanie komisyi). Projekt obejmuje 6 punktów, w których są wyłuszczone: cel, miejsce, oraz trwanie Zjazdu, wysokość wkładki uczestników i wzmianka o dzienniku Zjazdu.

4. Po przeczytaniu przez kol. W. Jasińskiego powyższego sprawozdania kol. Wisłocki zaznaczył, że uważa bieg, nadany sprawie obchodu 25-lecia naszego Towarzystwa, za nieprawidłowy. Formuła protestu kol. Wisłockiego w zarysach ogólnych przedstawia się, jak następuje:

»Wobec tego, że od chwili wybrania komisyi, której zadaniem było obmyślenie projektu obchodu 25-lecia Towarzystwa, nigdy na porządku dziennym Towarzystwa nie umieszczano wzmianki o opracowanym przez komisyę i mającym podlegać dyskusyi na ogólnem zebraniu projekcie, czego należało się spodziewać wobec wyraźnej uchwały z d. 6. kwietnia r. b., kol. Wisłocki uważa bieg, nadany sprawie obchodu jubileuszowego za nieprawidłowy, członkowie bowiem Towarzystwa, którzy myśleli o innej formie obchodu 25-lecia, zostali zaskoczeni uchwałą komisyi i stoją dziś wobec Zjazdu lekarzy, jako wobec faktu dokonanego«.

Po dyskusyi nad powyższym protestem, w którym udział wzięli koledzy: Pański, Krusche, W. Jasiński — uchwalono poruczyć sprawę, poruszoną przez kol. Wisłockiego, do rozpatrzenia Zarządowi Towarzystwa.

5. Kolega Przedborski przedstawia na chorym **endoskopię jamy nosowo-gardłowej i krtani** zapomocą przyrządu Kurt Schmuckerta (z Freiburga). Przyrząd ten zbudowany jest na zasadzie faryngoskopu Haysa. Schmuckert do przyrządu Haysa dodał odpowiednie pochewki szklane, w których wygodnie mieści się faryngoskop i które łatwo i dokładnie dają się odkażać. Referent opisuje i pokazuje budowę przyrządu i poświęca słów kilka dodatnim i ujemnym jego stronom. Do zalet przyrządu zaliczyć należy łatwość uzyskania obrazów krtani i jamy nosowo-gardłowej, odznaczających się pełnią światła i piękną plastyką, przeważnie zaś doniosłe znaczenie przyrządu polega na tem, że uprzystępnia on badanie krtani i jamy nosowo-gardłowej każdemu lekarzowi-praktykowi, zgoła nieobeznanemu z technicznemi trudnościami laryngoskopii i rynoskopii. Do ujemnych stron zaliczyć musimy stosunkowo wysoką cenę przyrządu. Faryngoskop Schmuckerta kosztuje 80 marek, a z dodatkiem kilku zapasowych lampek 90 marek. Koledzy, nie rozporządzający światłem elektrycznem, łatwo zaradzić mogą złemu, zaopatrzywszy się w kilka przenośnych elementów (w cenie 20—25 kop. za sztukę); 2 elementy starczą na 6—7 razy i dają doskonałe światło, dzięki temu przyrząd umieścić się daje w kieszeni wygodnie i staje się łatwo przenośnym. Ponieważ lampki w faryngoskopie są dość kosztowne (cena 3 m. 50 fen.) i łatwo się przepalają, nabywając przyrząd Schmuckerta, należy jednocześnie zaopatrzyć się w odpowiedni reostat (cena 5 marek), który łatwo zastosować można przy każdym akumulatorze. Faryngoskop Schmuckerta do obecnej chwili wyłącznie nabywać można w fabryce Reiniger, Gebbert i Schall.

E. Sonnenberg.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące ostrzeżenie:

»Lekarze powiatowej Kasy chorych w Brodach zwrócili się do Zarządu Kasy o polepszenie wynagrodzenia za swe czynności. Przestrzega się wszystkich Kolegów, ażeby w razie ewentualnego opróżnienia się posad lekarskich przy tej Kasie nie ubiegali się o ich obejmowanie. Prezydent Dr Festenburg.

Krajowa Rada Zdrowia wydała na posiedzeniu w dniu 12. XII. 1910 opinie w sprawie posad docenta higieny w Kętach i Kołomyi, taks szpitalnych w Wadowicach i Żółkwi, adaptacyi szpitala dla dzieci w Krakowie, okręgu sanitarnego w Brzozdowcach, rekursu lekarza od wyroku Rady honorowej i reprezentacyi Galicyi na międzynar. Wystawie higienicznej w Dreznie.

Dla zapobieżenia brakowi lekarzy na prowincyi postanowił Wydział krajowy Dolnej Austryi (podług Deutsche med. Woch. Nr 48) wprowadzić w życie stypendya po 60 koron miesięcznie, płatne przez 8 lat (prócz opłat osobnych za rygoroza i promocye), a dla starszych medyków po 80 koron miesięcznie. Młodym lekarzom dawane zaś będą zasiłki (na urządzenie) w wysokości 2000—4000 koron, jednak tylko w razie zobowiązania się do praktyki prowincyonalnej i na wsiach. X.

Większą częstość tężca, schorzeń i śmierci, mimo leczenia surowicą, wykazują statystyki angielskie. Autorzy statystyk odnoszą to do znacznie zwiększonego ruchu motorowego, rozrzucającego bardzo kurz po drogach. X.

Badania uzębienia dzieci szkolnych w Anglii wykazują, że niemal wszystkie dzieci mają zęby mleczne zepsute. W 14 roku życia zaledwo 15% ma zęby zdrowe. Dorośli mają zaledwo w 5% zdrowe zęby. K.

Liczba urodzeń w Anglii zmniejsza się stale, podobnie jak we Francyi. Co do śmiertelności, to umiera znacznie więcej mężczyzn, niż kobiet. Trochę zmniejsza się śmiertelność z raka. X.

Partackie ogłoszenia umieszcza w dziennikach niejaki Dr Józef Kajdacsy, były c. k. lekarz pułkowy i kierownik szpitala (?!) w Peszcie. Ogłasza on swój zakład leczniczy dla chorób skórnych i wenerycznych, podejmując się leczenia bez przeszkody w zawodowych zajęciach leczonego, a także na drodze dyskretnej korespondencyi w języku polskim. Zapewne Izba lekarska w Peszcie zajmie się owym kolegą. X.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. XII. do 10. XII. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 13 † 3 (w tem obcych 7 † 2), krztuśca 21 † 4, ospy wietrznej 4, płonicy 11 † 1 (2 † —), odry 53 † 2 (3 † 1), róży 4 † 1.

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redakcya naszego pisma otrzymała od Prof. Napoleona Cybulskiego następujące pismo:

»Wielce Szanowny Panie Redaktorze! Gdy z wzruszeń, których doznałem w dniu urządzonej mi przez Uczniów, Kolegów i Przyjaciół uroczystości, nieco ochłonąłem, gdy rozejrzałem złożone mi w darze wszystkie wydawnictwa, zrozumiałem i potrafiłem ocenić ten ogrom pracy, którą Szanowne Redakcye »Pamiętnika jubileuszowego«, »Przeglądu lekarskiego«, jakoteż i wszystkich innych pism lekarskich polskich podjęły, ażeby uświetnić 25-letnią rocznicę objęcia przezemnie katedry fizyologii w Uniwersytecie Jagiellońskim. Pozwól więc, Szanowny Redaktorze, żebym za pośrednictwem Pana i na Pańskie ręce złożył najser-

deczniejsze podziękowanie wszystkim współpracownikom tego numeru »Przeglądu lekarskiego«. Zapewniam Pana, że te dowody życzliwości i przyjaźni dla mnie, oraz uznania dla mojej skromnej pracy, których doznałem od tak licznego szeregu Kolegów, zostaną na zawsze niezatarte w mojej pamięci. Szczególną atoli wdzięczność muszę wyrazić za pośrednictwem Twojem tym Kolegom, którzy wzięli na siebie trud zorganizowania wydawnictwa i urządzenia uroczystości«.

— Prof. Dr Napoleon Cybulski został wybrany członkiem honorowym »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników« w Petersburgu jednomyślną uchwałą Ogólnego Zebrania w d. 26. XI. (9. XII.) b. r.

— II. Walne Zgromadzenie krajowego Związku zdrojowisk celem uchwalenia nowego statutu i wyboru nowego Zarządu odbędzie się w dniu 17. XII. 1910 o godz. 5 popołudniu w sali Nr 43 Instytutu technologicznego Izby handlowej i przemysłowej we Lwowie przy ul. Bourlarda l. 5 (bocznej Batorego).

— Zarząd Biblioteki krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Szan. kol. Dr Pragerowi (z Maryenbadu), oraz Dr Kaz. Dłuskiemu (z Zakopanego) za dary dla biblioteki. Dr Blassberg, bibliotekarz.

— Towarzystwo »Bratnia Pomoc medyków U. J.« liczyło w r. adm. 1910 członków zwyczajnych 205, miało dochodu 5548 kor., a wydatków 3608 kor. (w tem pożyczki i zapomogi 3280 kor.). Towarzystwo rozporządza szczupłymi jeszcze funduszami i dlatego mogło udzielać tylko pożyczek krótkoterminowych. Źródła dochodów Towarzystwa są skąpe, a ofiarność postronna na cele Towarzystwa zmalała, choć Towarzystwo zasługuje bardzo na poparcie. Dla członków zdołało Towarzystwo uzyskać pewne ulgi w handlach i t. p. Prezesem był p. Z. Czarnek, kuratorem prof. Dr Rostanecki.

— Doc. Dr Sołowij we Lwowie został mianowany nadzwyczajnym profesorem szkoły położnych.

— Lekarze rządowi w Galicyi deklarowali na dar grunwaldzki 5000 koron; dotąd złożono 2900 kor.

— Dr Izydor Rares, lekarz miejski w Husiatynie, obchodził 18. XI. b. r. rzadką w zawodzie lekarskim 50-tą rocznicę doktorską.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego Warszawskiego w d. 8. XII. 1910 przedstawił m. i. p. Wł. Janowski pracę Dr Ryszarda Hertza: »O zwyrodnieniu szpikowem śledziony«.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie przyznało stypendyum im. Koczorowskiego p. Zofii Sadowskiej w Petersburgu. Jestto pierwszy przypadek przyznania tego stypendyum słuchaczce medycyny.

— Nowy szpital w domu miejskim przy ul. Złotej został oddany do użytku. Szpital mieści 100 łóżek. Lekarzem naczelnym jest Dr Męczkowski.

— Prezesa Tow. lekarskiego w Mińsku litewskim, Dr R. Janowskiego, pociągnięto do odpowiedzialności za propozycyę uczczenia przez powstanie pamięci Muromcewa na dorocznem zgromadzeniu Towarzystwa w d. 4. XI. 1910.

— Dzieło Dr L. Bregmana »Dyagnostyka chorób nerwowych« wyszło w tłomaczeniu niemieckiem nakładem firmy S. Kargera w Berlinie z przedmową Prof. Obersteinera.

Łódź. Przy miejskiej pracowni higienicznej otwarte zostało muzeum falsyfikatów środków żywności, obejmujące przeszło 300 okazów, a urządzone przez kierownika pracowni, Dra Bartoszewicza.

— »Liga przeciwgruźlicza« łódzka wydała sprawozdanie za ubiegłe półrocze, opracowane przez lekarza naczelnego »Przychodni«, Dr W. Jasińskiego. Przez ten czas pod opiekę »Przychodni« przyjęto 241 osób, chorych lub zagrożonych gruźlicą. W końcu trzeciego kwartału pozostało pod opieką jej 146 osób. Niezależnie od pomocy lekarskiej, zarząd »Przychodni« dostarczał chorym łóżek, spluwaczek, szczotek, mydła, kefiru, mleka, masła i t. p. Kefiru rozdano 3,087 butelek, mleka 592 kwarty. Obecnie »Przychodnia« jest czynna przez sześć dni w tygodniu.

Z różnych stron. Na Zjeździe internistów w Petersburgu w połowie grudnia (st. s.), będą przedstawicielami »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników« Doc. Z. Orłowski, Dr Wilamowski i Dr Zakrzewski.

— Niemiecki Związek prasy lekarskiej na ostatniem posiedzeniu w Berlinie uchwalił celem skupienie prac i podniesienia poziomu prasy: 1) Zwalczać wydawanie pism i ksiąg jubileuszowych i pamiątkowych. Rozprawy (dyssertacye) doktorskie powinny być referowane lub drukowane w czasopismach, a nie osobno. 2) Unikać w rozprawach cytatów i przytaczania piśmiennictwa. 3) Surowo przestrzegać poziomu naukowego prac, zwłaszcza t. zw. doniesień tymczasowych, jakoteż prac, zachwalających nowe środki. Nazwiska autorów, piszących za pieniądze dla fabryk farmaceutycznych, powinny być znane redakcyom. 4) Nie powinno się przyjmować do reklam środków za złe uznanych. 5) Powinno się odrzucać prace autorów, którzy umieszczają doniesienia o swych badaniach w czasopismach politycznych przed ukazaniem się ich w czasopismach lekarskich. X.

— W Berlinie założono międzynarodową ligę przeciwko padaczce. Na czele stoją słynni neurolodzy i psychiatrzy. Członkowie ligi będą otrzymywać osobne czasopismo »Epilepsia«. Komitet ligi organizować będzie opiekę nad epileptykami, jakoteż (przez rozsyłanie kwestyonaryuszy) zbierać materyały w sprawie leczenia i zwalczania tej choroby. X.

— W październiku obradował w Berlinie międzynarodowy komitet dla badania studyów lekarskich. Postanowiono zbierać dane co do studyów lekarskich w poszczególnych krajach celem ewentualnego ujednostajnienia studyów, jakoteż założyć w Berlinie biuro informacyjne dla lekarzy co do wszelkich kursów uzupełniających. X.

— Sekcya historyi medycyny na 82. Zjeździe niemieckich lekarzy i przyrodników postanowiła wejść w stosunki z podobnemi towarzystwami innych państw celem ujednostajnienia terminologii lekarskiej i podniesienia protestu przeciwko nowoczesnemu kierunkowi mechanicznego wyrzucania ze słownictwa lekarskiego wszystkich szczegółów i nazw historycznych. X.

— Głównym przedmiotem obrad 23. Zjazdu francuskich chirurgów było leczenie chirurgiczne 1) choroby Basedowa, 2) wrzodu dwunastnicy, 3) żylaków kończyn dolnych, 4) przełyku, 5) dróg moczowych. X.

— Przetwór Ehrlicha »606« wyrabiać będzie fabryka M. Lucius & Brüning w Höchst od połowy grudnia, pod nazwą »Salvarsan« w ampułkach po 0,6, wypełnionych obojętnym gazem, celem zapobiegania oksydacyi. X.

— Lomer podaje, że nieraz dzieci urodzone na obczyznie, gdzie rodzice dłuższy czas już przebywają, rodzą się z wybitnemi cechami rasy tubylczej. Tak np. dzieci kupców osiadłych w Chinach miały skośne oczy i lekko wystające kości policzkowe. Dzieci te karmiły kobiety chińskie. X.

Zmarli: Dr Stanisław Blaim we Lwowie; Dr Ignacy Rybiński w Wielkich Łukach gub. pskowskiej; Prof. Huchard w Paryżu.

Redakcya otrzymała: Lewkowicz: 1) De la valeur des données cytologiques pour le diagnostic des épanchements inflammatoires. »Bull. de la Soc. de Ped.« 1902. 2) Dwa przypadki guza mózgowia. Kraków 1902. 3) O czystych hodowlach prątka wrzecionowatego. Kraków 1902. 4) O cytologicznem badaniu wysięków i przesięków. »Przegl. lek.« i »Wiener klin. Wochenschrift« 1904. 5) Die Reinkulturen des Bacillus fusiformis. »Bull. Acad. Sc.« Kraków 1906. 6) Czyste hodowle prątka wrzecionowatego. »Rozpr. Akad. Um.« Kraków 1906. 7) Ub. die Reinkulturen des fusiformen Bacillus. »Centr. f. Bakter.« 1906. 8) O mongołowatości. Kraków 1907. 9) Postępowanie przy badaniu skuteczności surowic leczniczych w płonicy. Wartość lecznicza surowicy przeciwpaciorkowcowej Palmirskiego. Kraków 1908. 10) O prosówce płoniczej. »Przegląd pedyatr.« 1908/9. — Dłuski i Rospędzihowski: Badania krwi według metody Arnetha wogóle i specyalnie w gruźlicy. Warszawa 1910. — Dłuski: 1) Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy. 2) O stosowaniu tuberkuliny Beranecka w gruźlicy. Kraków 1910. — Babiński: 1) Inversion du réflexe du radius. »Bull. de la Soc. des hôp.« 1910. 2) De l'hypnotisme en thérapeutique et en médecine légale. Paris 1910. 3) Quelques documents relatifs à l'histoire des fonctions de l'appareil cérébelleux et de leurs perturbations. »Revue mens. de med. int.« 1909. — Mięsowicz: 1) Sposoby badania klinicznego dla użytku uczniów i lekarzy. Kraków 1910. Zeszyt I. (str. 258). Wydawn. dzieł lek. polsk. im. E. Korczyńskiego. 2) Rzut oka na nowsze zdobycze dyagnostyczne w medycynie wewnętrznej. Kraków 1910. — Mięsowicz i Maciąg: Recherches cliniques et expérimentales sur la présence des substances antitryptiques du sérum sanguin de l'homme. »Intern. Beitr. z. Path. u. Ther. der Ernährungsstör.« 1910. — Spira: O częstości i znaczeniu chorób usznych u dzieci i o zadaniu lekarza usznego w szkole. »Tyg. lek.« 1910. — Korczyński: 1)

Therap. Erfahrungen mit dem Ehrlich-Hataschen Arsenpräparate bei Erkrankungen innerer Organe syphilit. Ursprungs. »Oesterr. Aerzte-Ztg« 1910. 2) Ze spostrzeżeń o leczniczem działaniu przetworu arsenowego Ehrlicha. Kraków 1910. 3) Über die wichtigsten neuen Untersuchungsmethoden zur Prüfung der Pankreasfunktion. »Wiener klin. Wochens.« 1910. — Schalit: Noxolith, ein neues zahnärztliches Präparat. »Zahnärztl. Runds.« 1910. — Beck: 1) Napoleon Cybulski. Lwów 1910. 2) O galwanotropizmie. »Tyg. lek.« 1910. — Beck i Bikeles: 1) Rozprzestrzenianie się łuku odruchowego w rdzeniu pacierzowym stwierdzone badaniem prądów czynnościowych. »Tyg. lek.« 1910. 2) Die sog. Berührungsreflexe Munk's und die reflektorische Zehenbeugung bei Reizung der Fusssohle. 2) Über die Bewegungen bei Rückenmarksreflexen und Gemeinschaftsbewegungen. »Biul. Akad. Umiej.« 1910. — Pamiętnik jubileuszowy, wydany w 25. rocznicę działalności Prof. Cybulskiego. Lwów 1910. — Hornowski: Nowsze poglądy na miażdżycowe twardnienie tętnic. »Tyg. lek. 1910. — Wrzosek i Maciesza: 1) W sprawie dziedziczności padaczki świnek morskich. »Nowiny lek«. 1910. 2) Experimental Studies on the hereditary transmission of »Brown-Sequards Epilepsy« etc. »Biul. Akad. Um.« 1910. — Wrzosek: 1) Robert Koch. Kraków 1910. 2) Stefan Gaden, lekarz nadworny carów moskiewskich. »Tyg. lek.« 1910. 3) Życie płciowe studentów uniwersytetu moskiewskiego. »Tyg. lek.« 1910. — W. Puławski: Chata wiejska a choroby zakaźne. »Zdrowie« 1910.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w listopadzie 1910. (Dokończenie).

Postęp okulist. Nr 10. Majewski: Punctum lacrymale quadruplex. — Bychowski: W sprawie anisokoryi.

Zdrowie Z. 11/12. Bujwid: Treściwe uwagi o badaniuwody z podaniem sposobów. — W. Puławski(dok.).— Knappe (dok.). — J. Jaworski: N. Cybulski. — Dominikiewicz: Próba redukcyjna jako środek oceny higienicznej mleka. — Palmirski: Istota zarazka wścieklizny, jego umiejscowienie w ustroju oraz seroterapia wścieklizny. — Bujwid: Samopomoc młodzieży w walce z gruźlicą w Galicyi.

Przegląd higieniczny Nr 10. Kaczorowski: Ecole communale w Brukseli. — Nr 11. Panek: Niebezpieczeństwo i pomoc w nagłych wypadkach rażenia prądem elektrycznym.

Kronika dentyst. Nr 11. Wilga (c. d.).

Głos lekarzy Nr 21—23. Mikołajski: 1) Hata »606« (Refleksye). 2) I. Zjazd przemysłowo-balneologiczny. 3) Działalność lekarzy w Radzie miejskiej (1905—1911) i postęp sanitarny w mieście Lwowie. — Rosenberg: 1) Prof. Ehrlich i Dr Hata. 2) Czy preparat Ehrlicha »606« zmniejszy dochody lekarzy wogóle, a specyalistów w szczególności. — Gilnreiner: W sprawie taryfy dla lekarzy na prowincyi. — Honorarya lekarskie przed stu laty. — Ankieta międzynarodowa w sprawie kary śmierci (c. d.).

Nasze zdroje Nr 21—22. I. Krajowy Zjazd przemysłowo-balneologiczny. — Akcya w sprawie asanacyi zdrojowisk krajowych. — VI. kongres balneologów austr. w Solnogrodzie. — Szumowski: Nowe ujęcie źródeł Wandy i Szymona w Szczawnicy. — Po sezonie w Krynicy. — Dodatek: Dziennik I. kraj. Zjazdu przemysłowo-balneologicznego. — Po I. krajowym Zjeździe przemysłowo-balneologicznym we Lwowie. — Krytyczna ocena I. Zjazdu przemysłowo-balneologicznego. — Bandrowski: Rzekome zanikanie źródeł mineralnych w Krynicy w świetle prawdy i nauki.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 21. grudnia 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Wybory Zarządu Towarzystwa na r. 1911.

Posiedzenie Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. gal. odbędzie się w poniedziałek **d. 19. grudnia 1910** o g. 6 w Szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kol. Dr Fechter. 2) Stan obecny nauki o kile i próby poronnego leczenia, kol. Dr Turzański. 3) Kilka przypadków ciąży zamacicznej z własnego doświadczenia, kol. Dr Haendel.

O liczne zebranie się upraszamy.

Z biura Sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sekretarz: Dr Feldman. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.

SPERMINUM-POEHL

Essentia Spermini-Poehl

30 kropli 3 razy dnia na $^{1}/_{2}$ g. przed jedzeniem w wodzie alkal., lub mleku

Sperminum-Poehl pro injectione. 349

Sperminum-Poehl sicc. pro clysm.

przeciw neurastenii, wiądowi starczemu, histeryi, cierpieniom serca (myocarditis, arteriosclerosis, otłuszczenie serca), kile, gruźlicy, durowi, cierpieniom rdzenia, impotencyi, neurast. porażeniu post., przewl. gośćcowi, krzywicy, dnie, błednicy i t. d., i t. d., przy wyczerpaniach i dla ozdrowieńców.

CEREBRIN-POEHL (Synergo Cerebrin) przeciw padaczce, alkoholizmowi, cierpieniom nerwowym.
THYREOIDIN-POEHL (Synergo-Thyreoidin) przeciw cierpieniom nerwowym, otyłości, rzucawce, chorobom skóry, obrzękowi śluzowatemu i t. d.
MAMMIN-POEHL (Synergo-Mammin) przeciw włókniakom macicy, krwotokom miesiączkowym i macicznym i t. d.
OVARIN-POEHL (Synergo Ovarin) przy objawach braku czynności w okresie przekwitania, po wycięciu jajników, przy histeryi, błednicy.
RENIN-POEHL (Synergo-Renin) przeciw miąższowemu zapaleniu i niedomodze nerek, mocznicy.

1. Tabletki do użytku wewn.
2. Ampułki do wstrzykiwań

ADRENAL-POEHL. Skuteczny składnik nadnerczy. Lek zwężający naczynia, przeciw zapaleniom błon śluzowych, krwotokom i t. p. Tubki à 0.002, 10.0 i 30.0 roztwór 1 : 1000

Do nabycia we wszystkich większych Aptekach.

Piśmiennictwo gratis i franco przesyła

Organoterapeutyczny Instytut

Prof. Dr v. POEHL & Synowie

Petersburg, Rosya.

Główne składy w Austro-Węgrzech: G. i R. FRITZ-Pezoldt & Süss, Wien I.

Ostrzega się usilnie przed naśladownictwami i fałszerstwami.

Na żądanie posyłamy bezpł. nasze Kompendyum organoter. w którem jest piśm., wsk., sposób użycia podane i cena wszystk. przetw.

Wydawany od lat 20 staraniem Krak. Towarz. Lekarsk.

Kalendarz Lekarski Krakowski na r. 1911.

pod redakcyą Prof. Dr. GLIŃSKIEGO

wyszedł z druku i zawiera następujące działy:

Kalendarz kościelny. — Najwyższe dawki środków leczniczych. — Waga różnych dawek. — Dawki przeciętne dla dzieci. — Porównanie dawki leków według wieku chorych. — Dawkowanie wstrzykiw. podskórn. dla dorosłych. — Dawkowanie wstrzykiw. podskórn. dla dzieci. — Stężenie leków do wziewań. — Stężenie leków do pędzlowania gardła i krtani. — Stężenie leków do wdmuchiwań. — Stężenie roztworów wprowadz. do worka spojówki. — Łatwo wybuchać mogące mieszaniny środ. lek. — Niewłaściwe połączenie środków lekarskich. — Ilość kropli różnych płynów w 1 gramie. Rozpuszczalność przetwor. farmac. w wodzie etc. — Oznaczanie okresu ciąży. — Wymiary miednicy kobiecej. — Tablica wyrzynania się zębów. — Tablica brzemienności. — Tablica rozwoju płodu. — Wzrost i waga człowieka w różnych okresach życia. — Długość okresu wylęgania i zaraźliw. chor. zakaź. — Sztuczne kąpiele lecznicze. — Pierwsza pomoc w nagłych przypadkach. — Otrucia. — Skorowidz. zdrojowisk. — Zestawienie ważniejszych zdrojowisk polskich. — Tabela porównawcza zdrojowisk polskich ze zdrojow. obcymi. — Podręcznik terapeutyczny. — Skorowidz leków w podręczn. terapeut. — Badanie bystrości wzroku i t. d. (z tablicami). — Wskazówki praktyczne z zakresu chirurgii. — Ważniejsze badania kliniczne. — Technika częściej używanych zabiegów leczn. — Uwagi sądowo-lekarskie (świad. lekarskie, uwagi o oględzinach i sekcyi zwłok, ocena stopnia niezdolności do zarobkowania). — Wymiar należytości lekarsk. i weterynar. — Naczelne władze sanitarne. — Władze, Stowarz. i t. d. lekarskie w Krakowie. — Władze, Stowarz. i t. d. lekarskie we Lwowie. Spis lekarzy według miejsca zamieszkania. — Alfabetyczny spis lekarzy. — Skorowidz lekarzy w zdroj. kraj. i zagr. — Skala stemplowa. — Opłata listów i telegr.

Cena Kalendarza (bez przesyłki pocztowej) wynosi 3 K. 60 h. za egzemplarz oprawny w płótno i 4 K. za egzemplarz w oprawie skórkowej ze złoconymi brzegami. Oprawa Kalendarza wykonaną została w artystycznej pracowni introligatorskiej p. W. Gigonia. Do nabycia w Księgarni Krzyżanowskiego. Kraków, Linia A—B, Tel. 150, lub w Redakcyi, Kraków, Collegium Medicum, Tel. 166 g. 181

Rok II. 193 Rok II.

Przegląd chirurgiczny i ginekologiczny

dwumiesięcznik, wychodzi w zeszytach objętości 6—8 arkuszy druku, pod redakcyą Dra **Antoniego Leśniowskiego.**

Prenumeratę przyjmuje **wydawca Dr Czesław Stankiewicz, Warszawa, Złota 3.** 193

Rocznie **Rb 6**, z przesyłką **Rb. 7.**



JÓZEF GORECKI

PREMIOWANA FABRYKA 229

SIATEK, MEBLI, KONSTRUKCYI ŻELAZNYCH I WYROBÓW ORNAMENTALNYCH KUTYCH

W KRAKOWIE, UL. ŚW. WAWRZYŃCA L. 26.

Poleca się do wykonania po najtańszych cenach: Wszelkich siatek maszynowych i ręcznych, służących do ogrodzeń, ochron raf, betonów, materyałów sprężynowych i t. p. Mebli żelaznych i mosiężnych tanich i wykwintnych do **urządzeń lekarskich, szpitali, klinik, internatów i ogrodów.** — Konstrukcyi dachów, schodów żelaznych w różnych systemach, pawilonów, werand, markiz, okien, bram i portali. — Wyrobów artystycznych z żelaza, miedzi i bronzu kutych, jak wszelkich krat, balustrat, balkonów, ogrodzeń, krzyży, wieńców i kwiatów, świeczników, latarń i kandelabrów i t. p. — Drut kolczasty i wzdętochrony do ratowania bydła.

Magazyn własny we fabryce przy ulicy św. Wawrzyńca Nr 26.

Adres listów i telegramów wyraźnie:

JÓZEF GORECKI KRAKÓW. — Telefon Nr 277.

Aromatyczne kąpiele ziołowe

Hausmana

bardzo przyjemne w użyciu, posilają przez swoją zawartość soli jodowych organizm i wzmacniają system kostny.

Wskazania: zołzy, niedokrewność, upośledzenie dróg oddechowych i krążenia krwi.

Cena pudełka 1 K. 230

Herbata odtłuszczająca „Gracioza"

Hausmana

dla osób wielkiej tuszy. Usuwa nadmiar tłuszczu ludzkiego, działając podobnie jak woda Marienbadzka.

Cena pudełka 3 K.

Wyrób Apteki pod „Białym Orłem"

w Krakowie, Rynek Linia A—B Nr 45.